

Departament de Psicologia

**Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull**

L'ACCÉS A LA PATERNITAT COM A TRANSICIÓ PSICOSOCIAL

Tesi Doctoral* presentada a la *Universitat Ramon Llull

***Autor:* Pietat Fuster Castell
Director: Dr. Jorge Luís Tizón García
Tutor: Dr. Carles Pérez i Testor**

Barcelona, 2006

Agraïments:

Abans de començar l'exposició d'aquesta tesi, voldria agrair a la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, per permetre que la presenti; al Dr. Jorge Luís Tizón, el seu director, que fa anys hi va creure i m'ha introduït a diferents congressos per exposar-la parcialment; al Dr. Carles Pérez i Testor, per la feina de tutor i la seva seguretat que m'han fet sentir a la vegada obligada i tranquil·la per enllestir-la; a la Dra. Mercè Mitjavila, tutora de la tesina, per l'ajuda a la primera part d'aquest estudi; al Dr. Manuel Salamero i a Enriqueta Pujol, per aguantar pacientment els meus dubtes estadístics; a la Dra. Blanca Anguera, pel suport teòric i l'encoratjament; a Montse Colilles i Marta Cequiel, directores del Centre Vincles, per la seva col·laboració en la tria de la mostra de subjectes i el seu suport; a totes les companyes de feina (professores i equip directiu) de la Llar d'Infants Pere Calafell; i a tots els pares que amb voluntat de ser bons pares, preocupats per les seves criatures, hi ha participat. I finalment, a la meua parella, per la paciència demostrada tots aquests anys.

Per altra banda, aquest treball m'ha permès experimentar en carn pròpia la transició a la paternitat, perquè he patit les angoixes dels futurs pares, he sofert els símptomes de la síndrome de la covada (ja que crec, que menys el mussol a l'ull els he patit tots), he vist com canviaven els meus hàbits, com em tornava més irritable i acabava donant positiu a molts ítems de l'EADG, he entès que volia dir que la transició a la paternitat afectava la vida de parella; he comprès la necessitat de suport familiar i social i he tornat a reviuire records de la infantesa.

I ara, al “moment del part”, suposo que algunes de les expectatives que hi tenia posades s'acompliran i d'altres no. No sé com serà rebuda la meua criatura en societat, però això sí, com la majoria de pares figurarà entre les coses més importants de la meua vida.

Per tant, moltes gràcies a tots els que heu ajudat a què aquesta “criatura” arribi a bon terme.

L'ACCÉS A LA PATERNITAT COM A TRANSICIÓ PSICOSOCIAL. ÍNDEX.

	Pàgina
1. INTRODUCCIÓ.	5
1.1. Motivació personal.	7
1.2. Hipòtesi i objectius.	9
2. PART TEÒRICA.	11
2.1. Història de la paternitat.	13
2.1.1. Introducció.	13
2.1.2. Mitologia.	15
2.1.3. Creences sobre la concepció.	16
2.1.4. Psicopatologia de la paternitat.	17
2.1.5. Evolució històrica del concepte de paternitat.	20
2.2. Estat actual de la investigació sobre la paternitat.	35
2.2.1. Canvis físics, de vivència del cos i fisiològics	45
2.2.2. Canvis psicològics de la transició a la paternitat.	51
2.2.2.1. Consideracions generals.	51
2.2.2.2. Enquestes sobre la transició a la paternitat.	55
2.2.2.3. Motivacions per ser o no ser pare.	61
2.2.2.3.1. Desitjos conscients i inconscients per ser pare.	61
2.2.2.3.2. Desitjos conscients i inconscients per a no voler ser pare.	64
2.2.2.3.3. Motivacions socials per voler o no voler ser pare.	64
2.2.2.4. Conflictes davant la paternitat	67
2.2.2.5. Segon fill.	73
2.2.3. Canvi d'hàbits o comportamentals.	75
2.2.4. Canvis en la relació de parella.	81
3. ESTUDI EMPÍRIC.	93
3.1. Metodologia.	95
3.2. Instruments.	96
3.3. Subjectes.	107
3.3.1. Criteris de selecció dels subjectes.	107
3.3.1. Característiques socio-culturals dels subjectes.	108
3.4. Fases de l'estudi.	109

3.5. Elaboració dels resultats.	113
3.5.1. Anàlisi de les variables.	119
3.5.2. Proves emprades per a l'anàlisi estadística.	119
4. RESULTATS I ANÀLISI DE DADES.	121
4.1. Resultats obtinguts (en percentatges) en les proves administrades als diferents grups.	125
4.1.1. Canvis en la vivència del cos i trastorns físics.	125
4.1.2. Canvis psicològics i psicopatològics.	137
4.1.3. Canvi d'hàbits.	155
4.1.4. Canvis en la relació de parella.	167
4.1.5. Canvis en les relacions amb la família nuclear extensa.	175
4.1.6. Autorrepresentació de la paternitat.	183
4.1.7. Representacions mentals sobre el fill/a.	203
4.2. Moments on els canvis es fan estadísticament significatius.	211
4.2.1. Canvis estadísticament significatius quan comparem els grups.	211
4.2.2. Canvis estadísticament significatius quan comparem les etapes.	213
4.3. Conclusions.	219
5. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS.	225
5.1. Discussió.	227
5.2. Conclusions.	241
5.3. Limitacions i crítiques.	245
5.4. Aplicacions.	247
6. REFERÈNCIES.	249
ANNEXES.	
ANNEX 1: QÜESTIONARI TRANSICIÓ A LA PATERNITAT (I) i E.A.D.G.	
ANNEX II: QÜESTIONARI TRANSICIÓ A LA PATERNITAT (II) i E.A.D.G.	
ANNEX III: QÜESTIONARI TRANSICIÓ A LA PATERNITAT (III) i E.A.D.G.	

1. INTRODUCCIÓ.

1.1 Motivació personal.

Aquest treball és la continuació i ampliació d'una tesina sobre els futurs pares i els canvis que pateixen, tant a nivell individual (vivència del cos, psicològics, psicopatològics i d'hàbits), com de relació (amb la pròpia parella o amb l'entorn socio-familiar), i de representacions mentals (de la pròpia paternitat i del fill/a), durant l'embaràs de la parella.

A partir dels resultats obtinguts a l'estudi, que ens deien que l'home durant l'embaràs manifesta menys canvis dels que esperàvem, vam decidir ampliar-lo i veure què els hi passava als pares un cop la criatura tenia 3 i 12 mesos.

La causa de la primera investigació va ser una petició de bibliografia que se'ns va fer sobre l'embaràs i el part des de la perspectiva del futur pare. Ens vam adonar que eren molts els llibres dedicats a les dones embarassades, però que cap d'ells feia una referència explícita i àmplia sobre els futurs pares, i molt menys en tenien cap de dedicat exclusivament. I va ser aquesta mancança d'informació sobre com se senten els homes quan han de ser pares i com s'adapten a la paternitat, el que ens va dur a la investigació.

A partir d'aquest plantejament, vam parlar amb diferents professionals, vam revisar la bibliografia relacionada -llibres, articles al Medline (1997-2005), Psyclit (1989-2005), i connexions a internet-, i a poc a poc, es va configurar aquest treball.

De totes formes, cal dir que, en poc temps, van començar a aparèixer llibres que explicaven que els homes, com les dones, pateixen canvis en el procés de la paternitat (Anguera, B. i Riba, C. 1999; Sullerot, E. 1992); i fins i tot de divulgació (Barril, J. 1998; Barron, J. D. 1998; Capdevila, C. 1999; Iovine, V. 1995; Reiser, P. 1997; Vidal, P. 2000; Villatoro, V. 2000).

Els llibres especialitzats ens deien que a partir dels anys 70 es va començar a investigar sobre el pare, però els mateixos autors es queixaven de la manca d'estudis, i de què molts treballs estaven fets més des del punt de vista de la dona que del pare.

Les causes d'aquesta subordinació, segons aquests autors, eren variades. Així n'hi havia que explicaven com socialment la tasca del pare era només mantenir la família mentre que la mare s'encarregava de les feines de la casa i de la cura dels fills; altres deien que eren les teories biològiques les que havien tret importància al paper del pare, perquè en moltes espècies d'animals, el mascle només serveix per fecundar. Dintre d'aquestes explicacions, ens va sobtar l'afirmació realitzada per M. Mead que deia que "l'home és una necessitat biològica però un accident social". Altres autors adduïen que eren les teories psicològiques les que havien portat a l'home a aquest segon lloc, perquè Freud, Klein,

Bowlby, van centrar els seus estudis en les relacions mare-fill, en la importància de la mare; el pare passava a tenir un rol en la família més tardà.

La lectura del llibre de B. This (1990) ens va mostrar una altra perspectiva de la qüestió, ja que segons aquest autor, l'home sempre ha volgut implicar-se en la paternitat, i com que se li ha dificultat, ha hagut de sublimar-ho amb mites i llegendes.

La consulta de llibres d'història ens va ensenyar com s'havia considerat la paternitat a través dels temps: els autors concloïen que segons la cultura i l'època hi havia un tipus determinat de paternitat, i afirmaven que la família era un petit estat on el pare era el rei. Si el pare tenia uns rols o uns altres, depenia de les necessitats de la societat.

Per una altra part, vam observar que començaven a aparèixer campanyes publicitàries on s'emprava la figura del pare i la imatge que s'oferia era la d'un pare dolç i tendre, amb un nadó en braços. També van començar a aparèixer pel·lícules on es valorava la imatge del pare i on s'explicaven les dificultats que tenien els homes davant d'una criatura. Semblava que s'abandonava la imatge de pare rígid i normatiu, per la d'un pare més semblant a la mare. Al mateix temps, els autors parlaven de la "mort" del pare tradicional i de l'aparició d'un nou pare més maternal, que no volia ser qui marcava l'autoritat a la família i volia igualar-se a la condició de la mare o de l'amic.

També van començar a aparèixer articles on es parlava dels canvis hormonals de l'home durant l'embaràs de la seva parella, articles que amb el temps han anat augmentant, i que han anat corroborant aquesta dada.

Hi ha autors que afirmen totes aquestes mutacions es deuen als canvis socials, per què la dona actualment no necessita al marit ni a nivell econòmic ni per tenir fills i, en aquest sentit, han aparegut a la premsa i a internet articles d'homes queixant-se del comportament actual de les dones; o als canvis del tipus de família (es passa de la família patriarcal a la nuclear reduïda, a famílies separades o a famílies homosexuals); o als canvis tecnològics per què hi ha un important perllongament de l'esperança de vida, han aparegut les tècniques de reproducció assistida, etcètera.

Per tant, els homes potser es troben, com explicava B. This, un altre cop fora de la paternitat.

Però, ¿què els hi passava als nostres futurs pares, de Barcelona, de classe mitja? ¿Realment patien aquesta transició bio-psico-social ?

Les dades que hem obtingut mostren que als subjectes investigats, els hi afecta el fet de la paternitat. Com veurem els pares pateixen canvis importants, encara que de diferent intensitat als que pot patir la dona embarassada o la dona-mare.

1.2 Hipòtesi i Objectius.

Ens proposem, doncs, l'objectiu d'estudiar els canvis que afecten als homes des de l'embaràs de la seva parella fins al primer any de vida del fill/a, seguint una metodologia exploratòria, que s'avanci a les hipòtesis d'altres estudis que resolguin preguntes i dubtes romanents.

D'aquest primer objectiu, es desprenen com a objectius secundaris:

- a) La comprensió del procés psicològic que pateix l'home durant la seva transició a la paternitat (per exemple, quins són els moments més crítics d'aquesta transició).
- b) Les inferències que poden deduir-se d'aquesta transició (per exemple, com i quan s'esdevé el millor moment per introduir als pares en les teràpies, etc.).

L'estudi es basa en les respostes als qüestionaris que es van presentar als futurs pares durant l'embaràs de la seva parella, i als 3 i als 12 mesos de vida del nadó.

La metodologia emprada és, com hem dit, exploratòria, però, a més a més, degut a què es prolonga fins als 12 mesos de vida del fill/a i comparem els resultats que obtenen els subjectes que esperen-tenen el primer fill/a amb els que esperen el segon/a o d'altres, podem dir que és un estudi: exploratori-prospectiu-descriptiu-longitudinal-comparatiu.

Però si, per una banda, la finalitat d'aquest estudi no és plantejar hipòtesis, aquestes apareixen, encara que siguin com a "temptatives".

- 1) La primera i principal hipòtesi seria que: l'home, des de què sap que ha de ser pare fins als 3 mesos i als 12 mesos de vida del seu fill/a, manifesta canvis de vivència del cos, psicològics, comportamentals, de relació amb la seva parella i amb la família nuclear ampliada, respecte a la seva situació abans de l'embaràs. I aquests canvis depenen de si té o no té fills anteriors.
- 2) La segona hipòtesi seria: l'home des de l'embaràs fins que el fill/a té 12 mesos, canvia les expectatives de la seva pròpia imatge de pare, tant pel que respecta a la relació amb el fill/a com a la relació amb la pròpia parella. I aquest canvi d'expectatives, depèn de si es tenen o no fills anteriors.
- 3) I la tercera hipòtesi seria: l'home té unes representacions mentals de com serà el seu fill/a, que canviaran a mida que la seva criatura tingui 3 mesos i 12 mesos de vida. I aquestes representacions depenen de si es tenen o no fills anteriors.

Som conscients, per un costat, de l'excés de variables a tenir en compte, i per l'altre, de la necessitat d'un grup control (homes amb les mateixes característiques, però sense fills) per saber si aquests canvis són fruit de la paternitat o no. Però com que no ens és possible evitar l'excés de variables (degut a la manca d'estudis i el delit de saber què els hi passa als homes quan han de ser pares) i no ens ha estat possible tampoc obtenir un grup control, en lloc de marcar-nos aquestes hipòtesis com a fita, ens hem plantejat l'objectiu d'avaluar els canvis físics i de vivència del propi cos, psicològics i psicopatològics, d'hàbits o comportamentals, de relació de parella i de relació amb la família nuclear ampliada, de l'home durant l'embaràs de la seva parella, als 3 mesos i als 12 mesos de vida del fill/a, i comparar els resultats dels pares que estaven esperant el primer amb els que ja tenien un o més fills/es.

Per tant, cal deixar ben clar que aquest estudi és exploratori.

2. PART TEÒRICA.

2.1. Història de la paternitat.

2.1.1. Introducció.

Els estudis sobre la paternitat no són suficients (Anguera, B. i Riba, C.,1999; Etchegoyen, A., 2002; Sullerot, E.1992), ja que la majoria dels estudiosos s'han dedicat a la maternitat. Així, A. Etchegoyen (2002) afirma: “Encara que hagi augmentat l'interès per la paternitat (Cath i altres, 1982,1989; Samuels, 1985), aquest és molt petit en comparació a la riquesa d'investigacions i escrits sobre la relació mare-fill. Fet que no s'entén dintre del cos teòric sobre la paternitat en la literatura psicoanalítica.” (pàg 33).

Una de les causes d'aquesta mancança, ens l'explicaria R. M. Nogués, (1995) quan recorda que l'arqueologia de la família “comença molt abans de la mitologia i, fins i tot, molt abans de l'espècie humana” (pàg 82); i fent referència a la seva constitució afirma: “Les dades més importants referents a la constitució zoològica de la família són els mecanismes de l'atracció de la parella i els que presideixen les relacions materno-filials. (Explicito la maternitat per assenyalar no l'absència de la contribució paterna, però sí, la notabilíssima dissimetria biològica i comportamental que en la zoologia s'observa a favor de la mare pel que fa a les funcions reproductores i parentals.” (pàg 82-83).

O, les afirmacions de F. Fukuyama (1999) quan escriu: “(...), encara que es pot afirmar que el paper de la mare és d'origen biològic, el del pare s'estructura molt més a nivell social. En paraules de Margaret Mead, ‘en algun moment dels principis de la història humana es va realitzar un invent social on els homes van començar a cuidar de les dones i els seus fills’ . El paper de l'home es basava en l'aportació de recursos: ‘entre els éssers humans, arreu, és qui proporciona aliments a les dones i als nens’. Però com es tracta d'una conducta adquirida, aquest paper masculí de cuidar a la família es pot interrompre: ‘les dades mostren que hauríem d'expressar la qüestió de forma diferent pels homes i les dones. El desig de donar dels homes no és innat, sinó adquirit (...)’ . Dit d'una altra forma, el paper del pare varia, segons la cultura i la tradició, des d'una implicació intensiva en la cura i l'educació dels fills fins a una presència més distant com el protector i repartidor de la disciplina o el subministrador, gairebé sempre absent, d'un xec. És molt difícil separar a una mare del seu fill acabat de néixer; en canvi, sol costar bastant aconseguir que un pare no es desentengui del seu fill” (pàg. 206).

Però autors com M. Harris (1971) no acaben d'estar d'acord ja que afirmen: “la moderna antropologia s'oposa al punt de vista de què l'anatomia és el destí. Ni els homes

han nascut amb una tendència innata a ser caçadors o guerrers, o a dominar sexualment i políticament les dones, ni les dones han nascut amb una tendència innata a cuidar les criatures i nens, i a ser sexualment i políticament subordinades. Més aviat, sota un ampli conjunt, però finit, de condicions culturals i naturals s'han seleccionat certes especialitats lligades al sexe en moltes cultures. Quan canviïn les condicions demogràfiques, tecnològiques, econòmiques i ecològiques a les que estan adaptats aquests rols lligats al sexe, apareixeran noves definicions culturals” (pàg 514-515).

Llavors, ens podem preguntar amb J. Howard (2003): “Què volem dir amb el terme ‘paternitat (*fathering*)’? Aquest és un terme de gènere. Nosaltres parlem de nens que tenen pares (*parenthod*), però que agafen diferents actituds i valors si parlem de maternitat (*mothered*) o paternitat (*fathering*). No parlem de paternitat (*fathering*), com una cosa que poden fer les dones, ni maternitat (*mothering*) com una cosa que poden fer els homes. Hi ha una gran diferència com el gènere dels pares pot oferir una cosa única i especial. Poden els homes fer de mares i les mares de pares? O és la maternitat (*mothering*) una activitat diferent que només les dones poden fer i viceversa per la paternitat (*fathering*)?” (pàg. 110).

Davant de tots aquests plantejaments, podem concloure amb E. Sullerot (1992): “negar l’instint patern és la cosa més fàcil del món, però això no debilita en absolut la profunda inversió realitzada pels homes en la paternitat des de fa mil·lennis, en la seva paternitat genètica” (pàg. 74).

Encetem, doncs, un tema problemàtic i alhora oblidat. Examinarem, per a una primera aproximació, quin ha estat el concepte de paternitat al llarg de la història.

2.1.2. Mitologia.

Per poder comprendre quins sentiments desperta en l'home la paternitat, començarem per la mitologia, que ens explica a la seva manera la voluntat de l'home per ser pare, tenir fills, i els obstacles que s'oposen a la seva implicació.

Respecte a la voluntat de l'home de tenir fills, al marge de la dona, trobem que “els Déus creadors masculins donen a llum curiosament, per exemple Zeus va estar embarassat algunes vegades: Atenea li va sortir armada del cap, Dionisi de la seva cuixa. Vichnú entra en èxtasi i Brahman surt del seu melic. Adam surt de les mans d'Elohim, i Eva respon al seu creador i surt del cos d'Adam adormit. Els hitites afirmen que Kumarbi va arrancar amb les seves dents els òrgans genitals del déu del Cel Anu, es va empassar el seu semen i va quedar embarassat del déu de l'amor. Ea, el germà d'Anu, va ser cridat per extreure del ventre al nen que havia estat concebut d'una forma tan estranya. Kumarbi no havia empassat tot el semen, ja que va escopir una part sobre la muntanya Kansura: i allí va néixer la deessa de l'amor. Els grecs repetiran la història, però Anu passarà a ser Ur-Ano, Kumarbi serà Cronos i Afrodita sortirà de l'escuma del mar. (...) I els mites amerindis de “home embarassat ” no faran més que tornar a iniciar el tema de la *procreació unisexual*, il·lustrada pels Déus, per a qui res és impossible” (This, B. 1980. pàg 149).

Tant en la mitologia com en les llegendes, apareixen impediments per poder participar en el procés d'esdevenir pare. Segons B. This (1980), és el mite melusià qui ho remarca: “està prohibit veure néixer al fill: prohibició melusiana de la que històries i novel·les en parlen tothora. (...). Són homes que van casar-se amb dones que els hi van fer jurar que mai serien vistes per ningú més, que no se'ls hi preguntaria en què es transformaven el dissabte, i que si tenien fills *no les veurien al part*, perquè si això no s'acomplia, es convertirien en serps” (la cursiva és nostra, pàg.65).

2.1.3. Creences sobre la concepció.

Dintre de la història de la concepció hem de començar amb la discussió entre els Ovistes (“tot ve de l’ou”) i Seministes (“els espermatozoides són com uns animals minúsculs, invisibles i informes que, sembrats per l’home en la matriu, s’hi desenvolupen per formar éssers acabats” (This, B. 1980. pàg 106), ja que segons la teoria que s’acceptés, l’home tant podia no tenir res a veure amb la concepció com ser igual a la dona.

Al segle XVII, Louis d’Ham (1677), Leuwenhoek, i Hartsocker (1694), van observar al microscopi semen i van descobrir que els espermatozoides, “constituïen l’ànima de l’embrió, i això tant a l’home, com al gos, al cavall, al conill i al cargol (...). Investigacions que van portar a tota una sèrie d’estudis on es van arribar a descriure amb nervis, artèries, venes i cua. Així al 1694, Hartsocker va fer gravar un *homuncle*, homenet que amb els membres plegats, està ajupit dintre del cap de l’animàcul (...). I al 1750, Gautier afirma que “el fetus s’elabora totalment ‘sota forma fluida’ en els testicles del mascle, ‘pel concurs de la sang purificada i dels esperits’. L’ejaculació correspon a un ‘part masculí’, és una *partenogènesi vivípara*” (This, B. 1980. pàg 106-109).

És així com “aquest descobriment rehabilita el poder de fecundar de l’home” (Sullerot, E. 1992, pàg 56).

I és llavors quan apareixen diferents casos d’homes embarassats, que s’interpreten com que “aquesta explicació dels ‘embriomes’ i ‘teratomes’ provava la insaciable inclinació de la matèria viva a reproduir-se a despit d’obstacles que a primera vista semblen insuperables, i que el cos de l’home, com el de la dona, pot ser envaït per un tumor, per cèl·lules que proliferen de cop i volta, de manera anormal” (This, B. 1980. pàg 111).

Al 1795 es fan les primeres fecundacions artificials, on queda clar que és impossible que l’home pugui quedar embarassat i per tant, apareix la patologia: “Abans de l’experimentació tot era virtualment possible: un caputxí podia orinar un escurçó, un home podia portar un fill al seu cos. Després de l’experimentació, tot el que era fins aleshores imaginàriament possible es torna francament delirant” (This, B. 1980 pàg.130), i serà quan “els embarassos masculins, seran progressivament assimilats a *monstruositats*” (This, B. 1980 pàg 112).

2.1.4. Psicopatologia de la paternitat.

B. This (1980), cita posteriors estudis i investigacions de 1902 a 1976 (Marchand i Tolouse, 1902; Gelma, 1922; Vie i Bobe, 1932; Baonville, Ley i Titeca, 1935; Fouquet, 1935; Neveu, 1950; Alliez, Collomb i Vidal, 1956; Follin, Chauzard i Pilon, 1961; Jonkins, Revita i Tousignant, 1962; Ebtinguer, 1963; Bieder, Faidherbe i Houillon, 1969; Tixier, 1976) que descriuen els trastorns psicològics dels homes davant dels embarassos de les seves dones.

Però no és només aquest autor que parla de reaccions patològiques dels homes davant de l'embaràs de la seva dona. M. Deuster (1981) n'explica dos casos, B. Robinson i R. Barret (1983), citant a altres autors, manifesten que l'estrès o un episodi psicòtic poden ser també una conseqüència de l'embaràs de la dona; E. S. De Boer, i W. K. Van Dyjk (1992) , R. Radhakrishnan, G. Satheeshdumar, S. K. Chaturvedi (1999) i T. Tenyi, M. Trixler, F. Jadi (1996) també en parlen.

Les explicacions sobre les diferents causes de l'aparició de trastorns psicològics en l'home durant l'embaràs de la seva dona varien. B. This (1980) cita diferents autors que interpreten que poden ser tant idees delirants de zoopatia interna (Vie, J. i Bobe, J.1932); com psicosis de paternitat relacionades amb les psicosis puerperals de la dona (Ebtinguer,1963), com la histèria (Freud); com reaccions davant la problemàtica d'integrar la funció de pare (Hasler, J.1921). Mentre que K. Jessner, E. Weigert i J. L. Foy (1970) parlen de la mobilització dels components narcisistes que poden fer reviure els desitjos creadors de la infància.

L'única forma que tenia l'home per poder participar en el naixement dels seus fills era gràcies als ritus de la covada que, seguint B. This (1980), els podem trobar a gairebé totes les cultures del món i a gairebé a totes les èpoques. Però "(...) la covada molesta a qui es jutja raonable i pensen que *el pare real* no té res a fer a la sala de parts, quan la dona dona a llum (...). Aucassin volia suprimir-la: avui en dia és correcte no parlar-ne i els propis diccionaris són molt silenciosos sobre aquest tema. Max Müller que il·lustra el sentit figurat del terme diu: "la *couvade* es diu encara, en certes parles de França, del costum *capritxós* en virtut del qual, quan una dona ha parit, el marit s'allita, agafa al nen i rep les felicitacions dels seus veïns. Dels països bascos o dels Pirineus espanyols, aquest costum *absurd* sembla haver-se difós fins a França, on va rebre el nom de *faire la couvade*" (M. Muller)" (This, B. 1980. Pàg.. 156-157).

Aquests ritus antics o de tribus primitives, també s'han trobat a la nostra societat, i com diuen els autors (This, B. 1980; Sullerot, E. 1992; Anguera, B. Riba, C. 1999) des de mitjans del segle passat s'estudien (Inman,1941; Cohen,1949; Curtis,1955; Trethowan,1965; Liebenberg,1968; Shereshfsky i Yarrow,1973, etc.).

I arriben a conclusions semblants a les de H. Williams (1996-2000), quan afirma que la síndrome de la covada “afecta al 10% o al 65% dels futurs pares (depenent de l'estudi), amb diferents símptomes que poden aparèixer en qualsevol moment, però que són més freqüents al tercer mes de gestació i quan s'apropa el naixement. Són símptomes similars als de les dones embarassades: canvis d'humor, cansament, vertígens, rampes a les cames, nàusees, vòmits, dolors abdominals i antulls”.

Les interpretacions que es donen sobre la síndrome de la covada són variades, i van des d'interpretacions antropològiques, fins a psicològiques i d'altres que sense donar-li aquest nom, diuen el mateix.

En les interpretacions de caire **antropològic**, trobem autors que expliquen que la síndrome de la covada tant serveix a l'home per a mostrar-se com a pare real del nadó, com per establir un lligam amb la dona i la criatura; o per simpatia (Frazer citat per This, B. 1980. pàg. 161-162; Malinowsky citat per Norberck, E. 1984. pàg.1050). Mentre que d'altres afirmen que serveix per emmarcar diferents accions, com ara l'expiació del pecat de tocar a la dona ara que és mare. (Lafitau, J. F. citat per This, B. 1980. pàg. 161; W. Reik (1914), citat per This, B. 1980. pàg. 167-168).

En les interpretacions de caire **psicològic**, els autors afirmen que els símptomes de la covada es deuen a la interacció psicològica, social, i emocional de l'home amb la seva dona (Elwood, R. i Masson, C. 1994); que permet a l'home involucrar-se en el naixement del fill/a (Robinson, B. i Barret, R.1983); o que és la somatització de la preocupació i l'ansietat de l'home davant de la seva futura paternitat. (Klein, H. 1991).

Mentre que els autors que parlen de **trastorns semblants o sinònims**, no parlen de la síndrome de la covada, però sí “d'homes embarassats” (Liebenberg, 1969) referint-se “als símptomes que pateix l'home durant l'embaràs de la seva parella, i que són similars a les queixes de la dona durant l'embaràs” (Robinson, B. i Barret, R. 1983 pàg 27), o de “pares prenyats”, “pares parters” i “pares en estat” (Richman, J. 1982), com “individus que esperarien el naixement amb il·lusió, que el fruirien com una experiència màgica, i que,

fins i tot, desvetllarien la cara oculta de la masculinitat, exhibint emocions, sentiments, feblesa, empatia i implicació afectiva (no només pràctica o instrumental) en la seva descendència” (Anguera, B. i Riba, C. 1999. pàg 149).

Altres autors, com J. M. Morse i C. Mitcham (1997) parlen de “Compathy” com els canvis o trastorns físics que apareixen en una persona quan observa com una altra pateix i sent, en el seu propi cos, el que li està passant a l'altra. Seria com l'empatia, però manifestada a nivell físic.

2.1.5. Evolució històrica del concepte de paternitat.

M. Walzer (1983) ens recorda que “En el pensament polític primitiu, la família és considerada sovint com un “petit Estat” on se’ls hi ensenya als nens les virtuts de l’obediència i se’ls prepara per a la ciutadania (o més freqüentment, per a la subjecció) dintre de l’Estat general i de la comunitat política en la seva totalitat. Això sona a fórmula d’integració, però també tenia un altre propòsit. Si la família és un Estat petit, aleshores el pare és un petit rei, i el regne sobre el qual domina és un territori que el mateix rei no pot envair. Aquests petits Estats, acabaven en un, de més gran –i el contenien-, i també en formaven part” (pàg 243).

O sigui, “durant molts segles, la societat era homogènia, les creences bàsiques eren compartides i els individus vivien sota una constant pressió social que els limitava la llibertat, però que imposava normes inequívokes de comportament. (...). Al llarg de tota la història, en èpoques de guerra i de mortaldat, els nens s’educaven en famílies sense figura paterna real, tot i que sí, amb figura paterna simbòlica. La societat s’encarregava de l’educació mitjançant uns sistemes autoritaris que penetraven també dins de la família. Els pares eren simples transmissors d’una cultura que proposava rutines vitals estables i previsibles. Tenien una autoritat conferida pels costums socials. Eren delegats de la societat.” (Marina J. A. 2005 pàg 36).

Per tant, podem concloure amb A. Pagès (1995), que “la família no és quelcom aïllat; s’expressa en un context socioeconòmic, històric i cultural que la vehiculen d’alguna forma i que presenta uns efectes claus en l’organització, el funcionament i el sistema de relacions familiars” (pàg 59).

Així, quan parlem de la figura del pare, hem de tenir en compte la societat en què ens trobem, i el que aquesta demana a la família; però com diu C. Pérez Testor, (1995), no podem parlar d’un tipus determinat de família, ja que aquesta és diferent segons la societat de què parlem; i si volem ser més acurats amb el terme, del tipus de classe social dintre d’aquesta societat.

Per tant, podríem dir que entre el *pater familias* i els *nous pares* actuals n’hi ha hagut d’altres: “pare feudal, parricida monàrquic –pare mort-, un padre padrone, fins arribar als pares IAD (de fecundació artificial), o als pares divorciats actuals, que han fet aparèixer noves formes de paternitat” (Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000 pàg. 421).

Per poder entendre aquesta evolució, farem un resum de com s’ha considerat la figura paterna segons les cultures i els segles.

- **XINA:** “Una possible il·lustració de la distància jeràrquica més extrema seria la família xinesa clàssica. En ella les rígides i detallades normes que regulaven les relacions pare-fill no eren sinó una part del quadre general de la pietat filial i el culte als avantpassats en el qual s’inscrivía la societat tradicional, tal com la recollí i preconitzà Confuci (Marin, 1953, p.74 i ss.) . El funcionament familiar s’ajustava a una trama jeràrquica lineal, amb subordinació de la muller al marit, dels fills al pare, dels germans petits al gran, de les concubines a la primera esposa, de les esclaves a les concubines.” (Anguera, B. i Riba C. 1999 . pàg.160).
- **SAMOA:** “En altres estructures familiars més laxes o difuses existeixen possibilitats de regular el comportament de la mainada que gairebé no reclamen la figura del pare (ni la de la mare). La família samoana, per exemple, estudiada per Margaret Mead (1972), és un grup extens on poden arribar a conviure quinze o vint persones lligades al cap de família per llaços de sang, matrimoni o adopció. Dins d’aquest grup cada infant es troba envoltat d’encara més infants i de pocs adults, abocats aquests darrers a la seva feina. L’escala d’autoritat ve determinada per l’edat, de manera no massa diferent a nosaltres; ara bé, degut a la munió d’infants i adolescents que viuen a la mateixa zona o habitatge, la jerarquia apareix molt borrosa. El nadó està sotmès a tots els membres de la família, fins que en neix un altre. Un minyó d’edat mitjana té al seu voltant en nombre aproximadament igual, individus que li deuen obediència, i d’altres que manen sobre ell. En un arranjament obert i escalonat com aquest, l’autoritat del cap de família esdevé força diluïda” (Anguera, B. i Riba C. 1999. pàg. 163).
- **EGIPTE FARAÒNIC:** “Ignoraven al pare biològic. La paternitat adoptiva creava una filiació sòlida. El pare és fonamentalment un mitjancer. Assegura la línia, intercedeix entre la família i la societat, repara dins del que li és possible els problemes de la vida, i més enllà del terrestre, prepara el retrobament amb la divinitat (...). El model patern és també un model de virilitat” (Pélicier, Y. 2000. pàg. 428).
- **ISRAEL A L’ANTIC TESTAMENT:** Veiem que el pare: “És a la vegada un personatge genealògic i fundador d’un ordre, el de la Casa del Pare. No és indiferent, i la seva progènie apareix com el fruit de la seva activitat” (Pélicier, Y. 2000. pàg. 428).

- **GRÈCIA CLÀSSICA:** “El pare grec sovint és un rival o un ogre en lluita amb el seu fill que, successor potencial, li pot treure el lloc. Els lligams genealògics atenuen aquesta tensió, perquè el pare té el poder dinàstic que garantitza l’honor i justifica i funda la identitat de cada membre de la família” (Pélicier, Y. 2000. pàg. 428-429).

Sembla que una de les motivacions de l’home per tenir fills, ha estat la idea de continuïtat, de continuar en vida gràcies als fills després de mort; idea que apareix en grecs i egipcis. Així E. Sullerot (1992) afirma: “aquesta concepció temperada, filial, la del ‘camí de la vida’, per als mascles, es trobava ja entre els egipcis. Com passava amb els grecs, el seu centre no es trobava en la sexualitat i en la relació amb les dones, sinó en el poder, l’obra, l’activitat i els béns adquirits (...). El pare és el progenitor, però a més, adopta a qui el perllongui i amenaça que renegarà de qui no ho faci. Aquesta continuïtat, va més enllà de la mort, i el pare difunt conserva una gran importància. Quan s’està morint se’l tranquil·litza: ‘complets els teus dies, marxa i purifica’t per a deixar la casa al teu fill, que ve de tu’. Després de la mort, se’l segueix tranquil·litzant: ‘el teu fill ocupa el teu lloc’. El fill intercedeix pel pare, que eleva a qui el va engendrar, que manté en vida al seu progenitor” (pàg. 41).

- **ROMA:** Segons el Dret Romà “la paternitat, al dret romà, procedeix fonamentalment de la voluntat del cap de la casa, de constituir la seva família com ell vulgui. Pel que fa als principis i a la tècnica jurídica, el nen és una creació del *pater*” (pàg. 61). I “Yann Thomas escriu que a Roma ‘l’amor del fill és un amor polític perquè la família obre les portes de la Ciutat, i el pare és l’amo. El *pater*, amo de la vida del seu fill, pot evidentment corregir-lo, vendre’l, reivindicar-lo com un objecte qualsevol dels seus béns” (pàg. 61). I “és a partir de Constantí, sobretot, a Justinià, quan el *pater* perd el dret de matar al fill o maltractar-lo. En cas d’abús, el fill després de Trajà pot adreçar-se al magistrat que eventualment el farà emancipar” (Mulliez, J. 2000. pàg 62).
- **CRISTIANISME:** El cristianisme veu la paternitat com “una característica de Déu, el fet que és pare, entenent que és sobretot misericordiós i tolerant amb les mancances dels seus fills. Misericòrdia que confereix a la paternitat una funció de perdó” (Pélicier, Y. 2000. pàg. 429).

- **EDAT MITJANA:** “El pare té un poder real sobre la família, igual que després de l'època romana. Se'l reconeix pare, perquè engendra als seus fills dins del matrimoni. Té uns sentiments molt forts. Per donar la seva cultura, dona nom als seus fills i filles, se sent complet veient-los com una semblança d'ell i, els educa amb cura des de la infantesa. Finalment, com avui en dia, ser pare era transmetre una part d'un mateix, potser la més íntima, un augment revelador d'identitat” (Lett, D.2000 pàg. 40).

No hem d'oblidar que segons S. Melchior-Bonnet (2000): “El sentiment paternal no surt bruscament al s. XV o XVI, però ser pare es va convertir aleshores en un debat entre els humanistes. Aquests veien en el cap de família una clau de la vida econòmica, un pivot de renovació religiosa i el gran responsable per la seva funció educadora de la societat del futur” (pàg. 73).

I així: “(...) el s. XVI sembla ser el de la seva promoció o naixement (...). La paternitat no només serveix per definir una autoritat, sinó que reclama els valors de sol·licitud, llibertat i reconeixement mutu” (pàg. 73).

O sigui que: “el pare biològic deixa pas al pare educador i al pare espiritual” (pàg. 88).

- **DESPRÈS DEL CONCILI DE TRENTO:** Ens trobem que: “després del Concili de Trento s'agafa a Sant Josep com a model de cap de família i s'identifica al capellà com un altre pare. Però l'església catòlica va treure els fills de 7 anys dels seus pares i els va donar una formació catòlica (...). Com veiem el pare queda reduït a la condició de genitor” (Delumeau, J.2000 pàg. 13).
- **REVOLUCIÓ FRANCESA:** Si continuem seguint a J. Delumeau (2000) és durant la Revolució Francesa, al 1790, quan s'institueixen els tribunals de família, i tres anys després es va abolir el poder patern que el Codi Civil li havia donat: “El temps de la seva humiliació començava” (pàg. 12). Com afirmava Balzac “la Revolució ha tallat el cap a tots els pares de família” (pàg. 12). Però “la Revolució no volia destruir la família. Esperava el contrari, reforçar-la per l'amor. La inclinació mútua havia de ser l'única raó del matrimoni” (pàg. 15), i així l'adopció pren força: “els legisladors del 1789-1799 volien que la paternitat fos voluntària com Sant Josep” (pàg. 15).

- **S. XIX:** Sembla ser que en aquesta època, com que el pare ha d'anar a treballar i la mare es queda a casa, la figura del pare és absent tant en la realitat diària com en els llibres d'educació, i és només la mare l'encarregada dels fills i filles.

Així trobem que: “la mare, al S. XIX és qui porta la casa, i moltes vegades delimita les funcions del pare” (Ménard, M. 2000 pàg. 362), o que es parla de “pares absents que neixen al S. XIX del desdoblament d'aquells que no eren ni bons ni dolents, però eren “pares sobretot”, o sigui que estaven fets a la imatge de Déu, del rei, del senyor” (Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000 pàg. 388).

Però no tothom està d'acord en què les dones al s. XIX eren les que es quedaven a casa i que era l'home el que marxava a treballar. C. Borderias (2005), en la presentació del seu llibre al diari “Avui” (2005), afirma “...a la Barcelona del segle XIX més d'un 50% dels treballadors eren dones. (...). Ara bé, si anem a la societat camperola del segle XVIII, i cap enrere en el temps, treballaven el 100% de les dones. No existia això de l'home que porta el pa a casa i la dona que té cura de la llar: aquest és un estereotip que s'imposa al segle XIX a partir de *La riquesa de les nacions*, d'Adam Smith, un discurs que assumeixen tots els reformadors socials, l'Església, i la cosa més dramàtica, també totes les associacions obreres, i això fins a la Guerra Civil del 36. És un model ideològic que assoleix un gran consens tot i que no respon exactament a la realitat. Al segle XIX les dones treballaven i sobretot ho feien molt intensament quan tenien fills petits perquè calia portar ingressos a casa.” (“Avui”, dissabte 26 de febrer de 2005, pàg 33).

Encara que com afirma M. Walzer (1983) la causa d'aquests canvis era que “Volien “salvar” la família i aquest és el propòsit de bona part de la legislació de les fàbriques del segle XIX. Les lleis per al treball infantil, la jornada laboral més curta, les restriccions al treball que podien realitzar les dones: tot va ser pensat per protegir els lligams familiars davant del mercat, per delimitar cert espai, per alliberar cert temps mínim en benefici de la vida domèstica. En aquests esforços hi havia una concepció molt antiga de l'esfera domèstica. L'espai i el temps es destinaven sobretot a la mare i als fills, la casa era vista com el centre de tots dos, mentre que el pare era un protector més distanciat que es protegia a ell mateix per a poder protegir als que depenien d'ell.” (pàg 245).

Pot ser que per explicar aquestes contradiccions, que afirmen que es potencia el paper del pare a nivell econòmic i el de la mare dintre de la casa, quan sembla que això no passava realment, hem de considerar afirmacions com aquesta: “la producció

artística del s. XIX mostra pares tràgics, perduts, febles; i el segle acaba amb el naixement de la psicoanàlisi que afirma “el pare que engendra, engendra al seu propi assassí potencial” (Tellenbach citat per A. Cabantous, 2000. pàg. 334).

- **S. XX:** Podem preguntar-nos ¿per què els pares han passat tantes angoixes si sembla que fins ara eren ells els que tot ho podien? Una resposta podria ser el que dèiem sobre la idea de la continuïtat després de morts; però després d’analitzar la figura del pare a través de la història hem vist que, com ja hem avançat, tot el poder que retenia aquesta figura era un poder relatiu, perquè segons alguns autors (Walzer, M. 1983; Anguera, B i Riba, C. 1999 ; Delumeau, J. 2000; Fukuyama, F. 1999; Marina, J. A. 2005) la imatge paterna marca la societat i canvia depenent de les necessitats socials, fins que s’arriba a pensar que el pare no és necessari i es crea l’Estat que s’encarregarà de la sanitat, ensenyament, etcètera.

Per una altra banda, a partir del s. XX, comencen a aparèixer autors que parlen dels futurs pares com a persones que volen ser-ho amb il·lusió. I a partir del 1970 es comença a introduir el pare en les investigacions, quan fins aleshores només s’havia considerat la mare.

Però hem de tenir en compte que això passa al mateix temps que es parla de la fi del pare, de la família tradicional, on ell era qui marcava les normes, degut a què les dones comencen a treballar, a planificar els seus embarassos, a tenir els fills/es sense necessitat de pare, a divorciar-se, etcètera, o a què els pares es fan invisibles. Al 1963 el psicoanalista alemany Alexander Mitscherlin, va publicar *Vers la societat sense pares* on “escrivia que aquest s’anava fent “invisible”, no perquè s’hagués mort o divorciat, sinó degut a la desaparició progressiva relacionada amb la pròpia essència de la nostra civilització, assenyalant que cada vegada més els processos socials han privat al pare de la seva importància funcional, la rapidesa de l’evolució tecnològica li pren el seu paper de mediador entre ell i la seva descendència. Els fills no veuen el seu treball de fuster, de ferreter, de qualsevol ofici, i com que ignoren les seves capacitats, l’autoritat paterna es va buidant de tot contingut. El pare marxa a treballar, no torna a dinar, i quan torna els fills dormen i ell es va fent “invisible” (Anguera, B. i Riba, C. 1999. pàg.62).

Aquí apareix un canvi que cal tenir en compte, i és la importància que se li dóna al fill. Fins aquest moment, com hem vist, era el pare (al principi), la mare (més tard) qui

tenien el càrrec dels fills, o sigui que eren les figures principals, però al s. XX això canvia, i la figura principal passa a ser el fill.

Així trobem autors que afirmen: “si al s. XIX la família estava formada per pare-mare-fills, a principi del s. XX la família és com un triangle on la mare i els fills en són la base, i a partir de 1970, al vèrtex de dalt del triangle hi ha els fills amb els seus interessos i necessitats, i als de la base hi ha per un costat la parella parental i per l’altre l’estat que fa de mitjancer entre pares i fills”. (Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000 pàg. 394); o que “els pares nord-americans tendeixen a considerar que el nen és almenys tant important com ells mateixos... i pot ser, en termes potencials, encara més important” (Spock, B. 1945 pàg. 35).

A més, hem de tenir en compte la influència dels medis de comunicació que mostren un altre tipus de pare. Són els “nous pares” que no mostren cap vergonya de fer moixaines a la seva criatura, que estan contents de ser pares. I com diu M. Menard (2000): “el que és nou no és tant el sentiment com la seva manifestació” (pàg. 377). Al món de la publicitat, trobem que no sol aparèixer la imatge d’un pare que educa al fill, sinó la d’un pare ocupat que, això sí, fa moixaines al seu fill. Sembla que tornàrem a la idea primera de què, depenent de l’època i del que se’ls demana als pares, aquests actuen.

Per tant, “si tenim un nou sistema familiar, aquest arrenca d’una família patró burgeses, concentrada i tancada en ella mateixa, i sobre la que autors de procedències i afiliacions diverses s’han manifestat amb pessimisme (Cooper, 1976; Heller, 1979)” (Anguera, B. Riba, C..1999 pàg 163-164)” i de la que sembla que se n’ha sortit o se n’està sortint, ja que ara estem sentint que el pare vol ser més amic que pare, ja sigui per aquesta dependència/independència de la mare, desig de ser pare o poder dir el que senten. En conseqüència, si valorem l’emergència, encara incompleta, encara titubejant, d’aquesta nova sensibilitat paterna, d’aquest pare més maternal o camarada, com un punt de fuga en la perspectiva de l’autoritarisme, és clar que es tracta d’un avenç. Tanmateix, aquest avenç no garanteix una transformació en profunditat de l’essència de la família com les que es propugnaven els anys setanta, o segons el model que ens han pogut brindar altres cultures a través del mestissatge.” (Anguera, B., Riba, C.1999. pàg. 164).

Així veiem que, “el que és nou, és d’entrada el conjunt de transformacions profundes que afecten a les famílies, funcions parentals, matrimoni, estat jurídic i social dels pares. Des del punt de vista psicològic, la paternitat pot ser interpretada com

la possibilitat de l'home de dir la veritat sobre la seva identitat de pare, que fins ara es refusava”(Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000 pàg. 404).

Si fem una anàlisi del segle XX ens trobem que pot ser tot aquest procés, d'evolució de la paternitat, ha estat conseqüència de la pròpia història, sobretot després de la Segona Guerra Mundial i dels fets del Maig del 68, dels propis canvis tecnològics relacionats amb la natalitat (que permeten a la dona ser mare sense la participació del pare, però també permeten al pare saber si el fill és seu), i dels canvis en les teories psicològiques i la influència dels mitjans de comunicació.

Segons la bibliografia, les causes que han produït canvis en l'estructura familiar són:

- Canvi del tipus de família (Casas i Masjoan, X. 1995; Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000). Ja que hem passat “d’una cultura rural agrícola, caracteritzada per una estructura familiar patriarcal trigeneracional, a una altra de caràcter urbà basada en una família nuclear de pares–fills que funcionarà bàsicament com a unitat de consum” (Casas i Masjoan, X. 1995. pàg 65).
- “Dificultat de la nova família de fer-se càrrec de les funcions que caracteritzaven la patriarcal i que ara són assumides per les institucions socials i professionals: escoles, escoles bressol, centres de dia, residències, etc.” (Casas i Masjoan, X. 1995. pàg 65).
- Canvis dels drets de filiació (Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G.2000).
- Canvis en les relacions entre els sexes:
 - Aparició del feminisme als anys 60 i 70 (Fukuyama, F.1999).
 - La integració de la dona al món del treball remunerat (Casas i Masjoan, X. 1995; Fukuyama, F.1999) que li permet no dependre directament de l'home, encara que com hem vist, aquest fet és discutible si tenim en compte l'estudi que ja hem citat de C. Borderias (2005).
- Canvis tecnològics (Casas i Masjoan, X. 1995; Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000; Fukuyama, F.1999), que han permès:
 - Tenir una esperança de vida més llarga (Casas i Masjoan, X. 1995; Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000). I que com afirma F. Fukuyama (1999): “en l'actualitat els matrimonis han de durar molt més temps que abans. Avui en dia

sol succeir que les parelles desavingudes esperen divorciar-se quan els seus fills hagin crescut i s'hagin independitzat" (pàg. 229).

- El control de la natalitat (Casas i Masjoan, X.1995; Fukuyama, F.1999), amb l'aparició de la píndola i l'avortament, encara que sempre hagin existit mètodes anticonceptius, "Per primer cop és possible dissociar, amb una eficàcia total, el plaer sexual i la concepció, fet que contradiu l'element fundador de la nostra família. Per primer cop li és possible a la dona distingir i triar entre el desig de tenir un fill i la seva sexualitat, entre el desig d'estar embarassada i de tenir un fill. Per primer cop és possible per l'home de tenir fills de la seva companya, sigui quin sigui el seu tipus jurídic d'unió, i que no sigui biològicament fill/a seu/va i, sense haver de recórrer a l'adulteri" (Mulliez, J. 2000 pàg. 319-320).

Fet que porta a què ara, "el fill no és el resultat de la voluntat de l'home, de la natura o de Déu, sinó que és producte de la voluntat de la dona, ja que és ella qui atribueix o no la paternitat: la paternitat és un efecte del poder femení" (Mulliez, J.2000 pàg. 321). Però els homes no ho perden tot, perquè les innovacions tecnològiques els hi permeten tenir la seguretat de la seva paternitat: "(...) només l'aparició de la identificació de l'ADN va garantir per complet als homes la paternitat" (Fukuyama, F.1999 pàg. 327).

De totes formes, davant d'aquests canvis E. Sullerot (1992) escriu que malgrat siguin les dones les que tinguin aquesta darrera decisió això també porta les seves angoixes, i afirma: "Aquest canvi és tan brutal que molts i moltes no sabem on estem" (pàg.132).

- Ràpid progrés de les ciències biomèdiques. (Casas i Masjoan, X. 1995; Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000; Fukuyama, F.1999).
- Nous models econòmics de la natalitat (Harris, M. 1984; Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000): els demògrafs parlen del cost dels fills "tenir fills representa una transferència neta i unidireccional de recursos de pares a fills, un cost que els primers sospesen amb altres tipus de despeses" (Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000 pàg. 193).

Així trobem afirmacions com: "Parlant clarament, en les ciutats industrialitzades els fills solen costar més i resultar menys rendibles als seus pares que en una granja." (Harris, M. 1981. pàg 90-91).

Però el mateix M. Harris (1981) afirma que aquest fet no ho és tot, encara que pot ser molt determinant: “Molts veuen en la reproducció una forma d’immortalitat; altres, un deure religiós o patriòtic. Les famílies no són empreses on l’únic interès pels fills sigui obtenir un benefici. Però l’economia de la cura dels fills sempre modifica les altres motivacions. Quan una parella diu: “No podem permetre’ns el luxe de tenir un altre fill”, no significa que l’únic interès per tenir fills sigui d’obtenir un balanç favorable de beneficis econòmics al llarg de la vida. Per la mateixa raó, el fet que una parella no discuteixi de forma oberta les despeses i beneficis econòmics de la cura dels fills no significa que no estigui influenciada per aquestes consideracions” (pàg 93).

Es preveu que tots aquests canvis afectin a la família del futur (Harris, M. 1971; Zwerling, I. 1980), perquè si “En el passat, el matrimoni era molt freqüentment una necessitat econòmica per les dones, i la gestació resultava de l’activitat sexual o constituïa una política de reassegurar-se contra les inseguretats de l’edat avançada. En el futur, és probable que l’economia i la tecnologia assegurin que el fet de tenir un fill i la decisió de compartir la vida amb un altre adult siguin una cosa lliure i conscientment triada arran de les satisfaccions personals que porten i no com a medi d’obtenir alguna altra finalitat. Els valors personals i les necessitats psicològiques que se satisfan en el matrimoni, els fills i la vida familiar, seran els arbitres finals en aquesta tria” (Zwerling, I. 1980 pàg 32-33).

Per tant, com diria G. Salvador i Beltran, G. (1995): “...un dels problemes bàsics de la societat actual consisteix en l’aparició de nous models i noves formes de funcionament familiar com a conseqüència de profundes mutacions en el sí del funcionament social” (pàg 51).

- **S. XXI:** “El tercer mil·lenni està cridat, en primer lloc, a desenvolupar en què consisteix exactament ser espòs i pare. Que la paternitat o la maternitat siguin l’una, més important que l’altra antropològicament és fals. Si tenen la mateixa categoria ontològica, tan important és la maternitat com la paternitat.” (Castilla de Cortazar, B. 2002. pàg. 7).

Els canvis encetats al s. XX continuen. Per un costat, la dona i l’home, o sigui la mare i el pare, teòricament es consideren iguals. En la realitat, trobem diferències a tots nivells, ja sigui per què les dones treballen fora de casa i continuen tenint assignades les feines de la casa i la cura dels fills, mentre que els pares se’n desentenien; o perquè

davant de les separacions és gairebé sempre la mare qui obté la pàtria potestat i els pares, s'haguessin implicat o no, l'acaben perdent; i com ells diuen, “el fet que les mares sempre siguin les que puguin quedar-se amb els fills és una llei sexista que obliga a les dones a tenir cura dels propis fills/es” (*observació feta per un pare separat*).

Així, B. Anguera (1999) afirma: “En la cultura occidental, quan s'emfatitza que en primer lloc hi ha el benestar de la parella i en segon lloc la filiació paterna succeeix que en cas de divorci “totes les mares naturals, bones o dolentes, atentes o indiferents, amb o sense recursos, tenen concedida automàticament la pàtria potestat, la qual mai s'atribueix als pares, encara que reconeixen el fill des del moment de naixença (op. cit. pàg 115), afegint que al seu entendre (el de Sullerot), s'ha passat d'un extrem a l'altre en la consideració dels dos sexes i del seu paper en la societat. De fet, les estadístiques de diversos països mostren que les mares obtenen la tutela dels fills quasi en un 90% dels casos” (pàg 74).

Però no tots els autors estan d'acord en el fet que si l'home reclama als fills/es, és més bon pare, o està més implicat; sinó tot el contrari. Així J. O. Esteve (1995), parlant de les dades obtingudes en una entrevista sobre divorcis, afirma: “...en els casos de separacions i divorcis, el 80% dels pares no demanen que se'ls adjudiquin els fills, i el 20% que ho fa es tracta en la majoria de casos, d'aquells pares que han estat els més violents de la família” (pàg 145). I continua: “Els pares (mascles) que volen els fills, el que volen en realitat és desproveir la dona, perquè s'entén de manera natural que en aquesta funció maternal de criança, està potser de manera cultural, més preparada la dona. S'hauria d'entendre, per tant, que aquesta no-reclamació estaria en la línia de la preocupació real pels fills, i que la reclamació la veiem sovint en els caos més conflictius com una acció contra la dona” (pàg.146).

Per altres autors com J. Howard (2003): “no coincideix que aquest èmfasi per la paternitat, vagi acompanyat per l'estigmatització de la dona que fa de mare sola, i que ha continuat la revolució feminista. L'impacte d'aquests canvis que ja hi eren durant la dominació masculina de la societat, ha deixat a molts homes insegurs dels seus rols (Samuels, 1996). Molts experimenten els efectes de la revolució feminista com amenaçadors per a la seva condició masculina. El fet que els homes semblen estar passats de moda, particularment gràcies a la tecnologia IVF i pels diferents tipus de famílies alternatives que apareixen, com mares solteres, parelles lesbianes, pot provocar incertesa en alguns homes. Les dones poden anar a l'hospital, on els injectin

esperma i tenir els fills/es, i no es veu res de dolent en això. El final és que els homes no són necessaris (Biddulph citat a Safe, 1997 pàg. 14)” (pàg. 112).

A partir d’aquí apareixen diferents grups d’homes que reivindiquen el paper que sembla que han perdut, i com diuen els autors, n’hi ha que volen tornar a la situació anterior, mentre que d’altres volen reivindicar el seu paper de pare i no de víctima de la seva ex-dona.

Així trobem J. Howard (2003), o a Internet, R. Sloan i Reyes (1995), D. Cazés (2005), L. Bonino (2005), entre d’altres, que parlen de l’existència d’aquests grups arreu del món.

“No és el primer cop en la història que, davant al canvi de les dones, els homes individualment i socialment s’han vist afectats, però mai com avui ho han estat de forma tan general. Aquest canvi està generant modificacions tan globals en les relacions que cap home pot romandre-hi neutral, ja que la radicalització del lloc assignat a la dona en la cultura, provoca complementàriament un qüestionament del propi lloc de l’home davant del món, de les dones, d’altres homes i davant d’ell mateix. (...). El que és veritat és que actualment hi ha una gran crisi, però de legitimització del model social de masculinitat tradicional” (Bonino, L. 2005 a Internet).

Els diferents grups d’homes, segons L. Bonino (2005), es poden classificar, segons la seva forma de reaccionar davant d’aquest canvi, en els tipus següents:

- Els contraris als canvis de les dones. Encara que reconeixin que les dones són autosuficients, ho interpreten com un intent per dominar-los.
- Els favorables als canvis de les dones: dintre d’aquest grup es troben subjectes que no es plantegen el seu rol i que es beneficien d’aquests canvis; mentre que d’altres accepten que les dones assumeixin rols masculins però ells no pensen assumir rols femenins.
- Els ambivalents: dintre d’aquest grup, els subjectes “tenen por que les dones “els guanyin” en diferents camps, la majoria creuen que han de canviar, però es resisteixen a prendre iniciatives perquè ho viuen com a pèrdua de privilegis i comoditats.”

I com a conseqüència, es poden distingir diferents moviments d’homes que organitzen activitats i reivindicacions:

- El moviment profeminista o antisexista, que va aparèixer a principis dels anys 70 als països anglosaxons i escandinaus, i que rebutja el model masculí dominant i proposa la igualtat entre els sexes.
- El moviment mitopoètic, que apareix a finals dels 80 als Estats Units, i que se centra en l'estudi dels mites, els ritus d'iniciació masculina, etcètera. Busquen trobar "l'energia masculina" en aquests temps "d'absència de pare", "poder de la mare" i "feminització dels homes".
- El moviment de les teràpies de la masculinitat, que apareix als anys 80, i s'estructura a partir de les teories psicològiques, per ajudar als homes en la "reconstrucció" o "redefinició" de la seva identitat degut als canvis femenins.
- El moviment pels drets dels homes o "Men's Rights", que també comencen a agrupar-se cap a finals dels anys 80 per discriminar tant a les dones com a les lleis que els hi donen privilegis.

D'aquesta manera, el concepte de paternitat està en plena efervescència, ja que en aquest moment trobem que, a més dels divorcis, de les famílies monoparentals i de les noves famílies amb fills de matrimonis anteriors, apareixen les famílies homosexuals, que des del mes de juliol de 2005, a Catalunya ja es poden casar i adoptar criatures. Per tant, les teories que envoltaven la família tradicional, que asseguraven que permetia la salut psíquica dels fills/es, ha de canviar i no centrar-se tant en el sexe dels pares "sinó en la seva capacitat per distribuir aquestes funcions (materna i paterna) d'una manera clara i constant" (Truzzoli, C. 2005).

En resum, segons les cultures i les èpoques, el concepte de paternitat ha anat canviant. Creiem, però, que pel nostre estudi és convenient tenir en compte les següents afirmacions:

- 1) Com recorda C. Pérez Testor (1995), al punt núm.6 del document de les Nacions Unides (1994), es diu: "La família, en els instruments de les Nacions Unides, és considerada com la cèl·lula de la societat, i el seu paper en el compliment d'importantes funcions socioeconòmiques és justament reconegut. (...). En el sentit més ampli, la família pot ser –i sovint ho és– efectivament una institució que educa, forma, motiva i ajuda els seus membres, i d'aquesta manera inverteix en la seva expansió i constitueix una contribució preciosa al desenvolupament" (pàg.15).

- 2) “La família que resideix en una ciutat de Catalunya, no viu de manera aïllada, sinó que es troba immersa en una comunitat, un barri. Per tant, la relació i la influència entre aquestes dues institucions serà recíproca” (Pérez Testor, C. 1995. pàg.22).

Ja que “l’entorn social, les condicions del barri, el veïnat..., influeixen d’una manera directa i indirecta en el funcionament familiar. Estaríem d’acord a afirmar que l’entorn social immediat d’una família urbana és constituït més per una xarxa que per un grup organitzat” (Pérez Testor, C. 1995. pàg.23).

Per tant, podríem concloure que els canvis no venen donats només pel que l’època o les modes demanen, sinó per la interrelació entre tots els elements que componen aquesta societat: el grup social en el que ens trobem, la família, la parella i finalment, el pare.

2.2. Estat actual de la investigació sobre la paternitat:

La transició a la paternitat, té pocs estudis que tinguin en compte només a l'home; que no és fins la dècada dels 70 quan comencen a aparèixer investigacions específiques sobre el pare (Jessner, L.; Weigert, E.; i Foy, J. L. 1970; Mackey, W. 1985; Robinson, B. i Barret, R. 1983).

Però encara que actualment “hi ha un creixement en el cos antropològic-social d'investigacions sobre l'home i la masculinitat (Coltrane, S. 1995; Connell, R. W. 1995; Dulac, G. 1998; Kimmel, M. 1996) i d'investigacions biomèdiques, les informacions obtingudes pels pares generalment s'han obtingut a partir de les seves dones (Goodman et al. 1993; Arieas, M. E. G.; Kumar, R., Barros, H. I Figueredo, E. 1996; Ballard, C. G. i Davies, R. 1996; Paalberg, K. M., Vingerhoets, A. J. J. M., Passchier, G., Heinen, A. G. J. J., Dekker, G. A. i van Geijn, H. P., 1996). Poques investigacions s'han centrat en els propis pares passant-los auto-qüestionaris. A més a més, han estat avaluats per a les dones, sense cap identificació rellevant per als homes, com per exemple: la seva reacció davant de l'embaràs, la seva implicació durant el part i el naixement, el canvi d'estil de vida i la cura del fill (Freed, G. L., Fraley, J. K. i Shandler, R. J., 1992; i Chalmers, B. i Meyers, D., 1996). És igualment important la variació cultural de la construcció de la paternitat que ha estat negligida durant molt de temps” (Steinberg. S., Kruckman, L. i Steinberg. S. 2000).

Alguns autors que fan diferents reculls de dades bibliogràfiques dels treballs que s'han realitzat sobre la paternitat, arriben als següents resultats: “A *Foss series Determinants in Infant Behavior*, hi ha 600 referències, 91 es refereixen directament a la mare, mentre que només una es refereix al pare, i és per parlar del treball d'Itani amb un macaco” (Mackey, W. C. 1985. pàg 5).

“LeMasters i Defrain (1983) expliquen en 1140 pàgines del *Handbook of Socialization Theory and Research* (Goslin, 1969), una gran revisió de les investigacions, on només hi ha cinc referències als pares. Al seu treball sobre l'educació del fill, Sears (1957) entrevista a 379 mares i a cap pare. Miller i Swanson (1958) expliquen els seus resultats a *The Changing American Parent*, on entrevistaven a 582 mares, sense cap pare inclòs en el seu estudi. Goode (1965), en un estudi sobre el divorci i els seus efectes sobre els fills i els pares entrevista a 425 mares i a cap pare. A una antologia d'estudis i comentaris sobre la infància dividida en 85 seccions de variables maternals i de relació mare-fill, només hi participen dos pares (Stone, Smith i Murphy, 1973). Molts experts familiars critiquen el dèficit d'investigacions sobre el pare. Safilios-Rothschild (1969)

empra el terme ‘sociologia de dones’ que caracteritza molts estudis familiars” (Robinson, B. i Barret, R., 1983. pàg 5).

Per tant sembla que “l’experiència de ser pares ha estat en gran part donada per descomptat tant en la cultura popular com en la cultura psicoanalítica. Els pares han estat acceptats com a ingredients necessaris en la vida familiar, però realment poca gent ha esperat que s’involucressin en les activitats diàries. Margared Mead comenta que “els pares són una realitat biològica però un accident social”, descrivint així, amb exactitud, el limitat rol que s’espera dels homes en les famílies” (Robinson, B. Barret, R. 1983. pàg 4).

No tots els autors, però, estan d’acord amb aquesta idea, ja que C. P. Cowan i P. A. Cowan (1992) afirmen: “fa uns 50 anys, els psicoanalistes van començar a interessar-se per la vida interior dels homes durant l’embaràs de la seva dona. Van emfatitzar les emocions extremes: reaccions depressives, psicosi, malalties mentals (Zilboorg, 1931; Towne i Afterman, 1955; Wainwright, 1966). A mida que la investigació es feia més sistemàtica i s’observaven més homes que no eren pacients, s’anava aclarint la seva imatge de la seva adaptació a l’embaràs (Benedek, 1959, 1970; Osofsky i Osofsky, 1984; Parents, 1975)” (pàg 108).

I, L. Jessner (1970), fa un recull d’estudis sobre el tema: “Jarvis (1962) va publicar un article de caràcter clínic, on examinava els efectes de l’embaràs i el part en marits que estaven en tractament psicoanalític. En una comunicació breu Wainwright (1966) va descriure deu casos significatius on la paternitat havia estat, en gran mesura, un factor precipitant de la malaltia mental. Liebenberg (1967) va donar a conèixer recentment, en un assaig, les angoixes i símptomes que manifestaven un grup de 64 marits que anaven a ser pares per primer cop. Alguns treballs teòrics publicats per Brunswick (1940), Benedek (1959) i Jacobson (1950) es refereixen a les possibilitats d’adaptació a la situació de paternitat” (pàg 233).

Al final del segle passat, sembla que les investigacions van canviar: “Així C. P. Cowan i P. A. Cowan (1983) inclouen factors com la depressió, satisfacció matrimonial i estrès parental; Myers (1980) combina una aproximació cognitiva amb autorepresentacions amb jocs basats en l’Escala Neonatal de Brazelton (1973); altres programes inclouen als pares, com els de Parke, Hymel, Power i Tinsley (1980), que demostren que els pares també són capaços de cuidar als seus fills; Zelaro, Kotelchuck, Barber i David (1977) que estudien el lligam pare-fill fent observació de jocs; Dickie i Gerber (1980) que estudien les diades mare-fill, pare-fill, marit-dona” (Dickie, J. R. 1987. pàg 114-116).

Per tant, podríem concloure amb S. S. Feldman (1987) que: “Recentment s’han fet estudis sobre la transició a la paternitat des de la perspectiva psicològica (Cowan i Cowan, 1983; Grimm i Venet, 1966; Grossman, Eichler i Winickoff, 1980; Leifer, 1977; Nilsson i Almgren, 1970; Shereshefsky i Yarrow, 1974). En molts d’aquests estudis, les diferències individuals tant en l’adaptació personal com matrimonial es prediuen a partir de diferents antecedents de l’embaràs. Amb una notable excepció (Grossman, 1980), aquesta literatura omet els pares i se centra en les dones. La manca d’atenció cap els homes és lamentable; no només la paternitat és important per a l’home (Fein, 1978; Tash, 1952) per què els homes cada cop s’impliquen més en la interacció i cura dels seus fills (Parke i O’Leary, 1976; Russell i Radin, 1983)” (pàg 14-15).

Les causes per explicar aquesta preterició del rol del pare es basaven en les teories biològiques, socials i psicològiques vigents en aquell moment:

a) Teories biològiques:

Les argumentacions biològiques sobre el paper secundari de l’home en la paternitat es fonamentaven en els estudis amb animals. R. Parke (1981) afirma que “la qualitat biològica única de la cura materna està indicada pel fet de què els nostres avantpassats animals mantenen clares diferències en els papers de cada sexe, així els mandrils mascles no participen, en general, en la cura de les cries, igual que els estudis realitzats amb els macacos reshus” (pàg. 27).

Com que “l’argumentació biològica manté que les femelles estan preparades per al comportament matern, mitjançant canvis hormonals que tenen lloc durant l’embaràs i el part. I com que els pares no experimenten aquests canvis hormonals, no estarien preparats biològicament per a un comportament parental semblant” (Parke, R. 1981. pàg 29).

Per tant, es va arribar a concloure que “la paternitat no era essencial per a la supervivència de la prole” (Anthony, E. J. i Benedek, T. 1970 pàg. 213), i aquest “caràcter biològicament indispensable de la cura maternal ha fet retrocedir al pare a la categoria d’element secundari de la família, fins el punt que s’ha arribat a pretendre que no té cap paper a desenvolupar abans que el nen tingui set anys” (Porot, M. 1974. pàg 151).

Però estudis, com el de G. Michell (1968) amb primats “en llibertat, on es veu que poden cuidar i alimentar les cries, per exemple els macacos, i fins i tot els rhesus que en llibertat no ho manifesten, en laboratori, si se’ls hi dóna l’oportunitat, sí que ho fan (...), i els estudis de Jay Rosenblatt i cols. (1969) han posat en dubte la necessitat d’hormones per a la manifestació de la cura de la prole” (Parke, R. D. 1981 pàg 28-29), fan que alguns

autors facin comentaris a favor del paper futur de l'home com a pare, i així ens podem trobar afirmacions com que “impulsada per poderoses motivacions evolutives i culturals, s’ha guanyat un lloc significatiu en el cicle de la vida humana” (Anthony, E. J i Benedek, T. 1970 pàg 213).

b) Teories psicològiques.

Seguint a A. Etchegoyen (2002): “Els primers psicoanalistes van veure al pare com la figura central en la vida mental. Les primeres formulacions de Freud, Ferenczi, Abraham i d’altres van enfocar el paper del complex de castració com el principal organitzador del creixement emocional. La seva perspectiva teòrica era patrocèntrica i falocèntrica, negligint la importància de la maternitat i de la cura en el desenvolupament humà”.

“Després de la Segona Guerra Mundial, es canvia la perspectiva. L’evolució del coneixement psicoanalític, incloent-hi les teories de relació d’objecte i els estudis observacionals directes en el desenvolupament del nen, augmentaven l’interès en la diada mare-fill i en l’estudi de la maternitat com una fase de desenvolupament. M. Klein, A. Freud i M. Mahler van escriure sobre la dependència primerenca del bebè de la mare i sobre els conflictes materns en la separació i la individuació. Als anys 60, Bion, Winnicott i Bowlby van més enllà en la importància de la primera relació mare-bebè/l·ligam com la base de la salut mental. Aquest èmfasi en el paper de la mare va ser equilibrat per Lacan ‘tornant a Freud’ que va accentuar el paper del pare (la llei del pare) estructurant l’inconscient. Fins a principis dels anys 70 s’ha parlat molt poc en la literatura psicoanalítica sobre fer un fill, el lligam pare-fill i la paternitat, des d’un punt de vista psicoanalític, com es discutirà després. Lacan va emprar un model estructuralista, basat en la llengua, i no es preocupava del desenvolupament. Ross (1979: pàg 317) va dir que “fins fa poc el pare ha estat oblidat de la literatura psicoanalítica i psicològica”. A poc a poc van anar apareixent articles i llibres, principalment americans: Cath i altres (1982, 1989), Lamb (1976), Abelin (1971, 1975). Aquests estudis empraven l’observació real amb pares i feien un esforç per conceptualitzar la relació directa pare-fill, així com el paper directe del pare fora de la diada mare-fill. Les raons per aquesta “deprivació paterna” (Biller, 1974) no estan clares. Lansky (1992) suggereix que aquesta relació de la mare i el pare no és simètrica. El lligam emocional i les funcions de tenir-ne cura envolten molt abans a la maternitat. La paternitat és “més contextual-i-dependent del sistema” (Lansky 1992, pàg.4). En altres paraules, la maternitat pot connectar-se amb la immaduresa i la

dependència del nou-nat. La paternitat és més cultural-dependent i està influïda per la relació de les mares amb els pares” (pàg 20-21).

Per tant, sembla ser que “la psicologia ha ignorat el pare molt temps. Una de les raons principals rau en les nostres teories psicològiques sobre la paternitat (...). Les nostres teories s’ajusten al tradicional concepte del pare aïllat o distant. En aquest desenvolupament històric hi ha dos teòrics que han tingut papers de particular importància: Sigmund Freud i John Bowlby. Una de les contribucions més importants de Freud era la seva teoria sobre el desenvolupament social en les primeres etapes de la vida (...). El pare era també ignorat, Freud no li concedia influència sobre el fill lactant. El pare ocupa un lloc en la teoria freudiana del desenvolupament, però més tard (...). El punt de vista de Bowlby sobre el desenvolupament en les primeres etapes de la vida diferia de la de Freud, però el resultat final era el mateix. Les mares constituïen les figures més importants durant l’època de la lactància (...). El pare era secundari i tenia, com a molt, un paper d’auxiliar respecte a la mare” (Parke, R. 1981 pàg 23-26).

Així, “Molts pares creuen que aquest és el seu rol principal. Les teories de Freud aporten un sentit racional a la paternitat tradicional i porten als investigadors a estudiar les relacions mare-fill en primer terme” (Robinson, B. i Barret, R. 1983 pàg 5-6).

Per tant, podem dir que el pare només apareixia en la fase fàlico-edípica, perquè en la infància (i en particular en la primera), es considerava que la mare era la figura principal (Freud, Klein, Bowlby, etcètera). El descobriment de la importància del paper matern en la integració i el desenvolupament psicològic i psicosocial de l’ésser humà en formació, havia produït un impacte tan gran, que el paper del pare i de la paternitat van quedar amagats, pot ser en excés. Però ja les noves perspectives de la investigació sobre el creixement dels nens/es, tant des del punt de vista de l’observació sistemàtica i clínica, com dels resultats empírics, li anaven reconeixent cada vegada més importància.

Però, T. Benedek (1970) es pregunta “Per què els psicoanalistes no han arribat a percebre ni a estudiar la situació de desenvolupament des d’aquest punt de vista dels progenitors? I ¿per què van obtenir molts més coneixements sobre els fills que sobre els seus pares? A més podria formular-se una tercera pregunta relacionada amb les dues anteriors: ¿Per què els psicoanalistes no es van plantejar aquestes dues preguntes?” (pàg.14).

c) Teories sobre el rol del pare.

Encara que “en la majoria de les cultures del món, les mares són primordialment qui en tenen cura i el pare té un paper més petit en la criança del nen (West, M. M i Konner, M. J. 1976), en una minoria significativa de les cultures del món, els homes i les dones es divideixen l’assistència dels nens petits més equitativament (...). Aquestes excepcions indiquen que els papers realitzats per la mare i el pare no estan determinats biològicament” (Parke, R. 1981 pàg 126).

“Un gran estudi cap a mitjans de 1950 descriu aquest rol tradicional del pare. English (1954) reflecteix el punt de vista dominant: ‘Tradicionalment, el pare ha estat vist com qui porta el menjar a casa. En el passat s’emprava aquest rol que feia que a casa fos taciturn, rigorós, pel bé del nen. Era respectat, però temia que el seu fill mai l’aprendria a conèixer prou bé. Acceptava guanyar diners i que la mare cuidés i eduqués al fill’. Pocs es van plantejar l’apropiada divisió de tasques. Parsons (1954) va afavorir aquest punt de vista etiquetant el rol matern com expressiu i el patern com instrumental (Parsons i Bales, 1955). Interpretacions com les de Parsons efectivament donen suport a l’estatus que justifica l’omissió del pare en les investigacions sobre la paternitat. Cap 1960 apareix un nou focus –una perspectiva més ‘moderna’- que la tradicional paternitat (Fein, 1978). Els teòrics socials parlen de la importància del pare com a model de la conducta masculina del seu fill (Mowrer, 1950; Mussen, 1957)” (Robinson, B. i Barret, R. 1983 pàg 6-7).

I no és fins 1970 que “un cert nombre d’investigadors comencen a suggerir que les conductes masculines i les femenines podrien no pertànyer a categories diferents com es creia abans. Aquest model de la individualitat andrògina combina les característiques dels dos sexes (Bem, S. 1974; Bem i Lenney, 1976; Bem, Marthyna i Watson, 1976) (...). Més tard, investigadors en aquest camp ofereixen una altra teoria: ‘transcendència dels rols sexuals’ (Robinson i Green, 1981). Es basen en el model de desenvolupament, on els individus semblen moure’s d’un estadi a l’altre, al voltant de la darrera posició a la que la nova estructura de la personalitat porta. En aquesta orientació dinàmica i flexible, el sexe de la persona és irrellevant i la conducta lliurement escollida des d’una sèrie de possibles alternatives es pot triar sense tenir en compte la masculinitat o la feminitat” (Robinson, B. i Barret, R. 1983 pàg 7-8).

Encara que, E. Badinter (1980) ho atribueix a què: “al temps que les dones es ‘virilitzen’ i prenen distància respecte a la seva maternitat, apareix, sobretot en els homes joves, el desig, sinó de maternitat, d’acomplir les funcions de mare (...). Probablement, aquesta nova experiència de la paternitat sigui en gran mesura atribuïble a la influència de

les dones, que reclamen cada cop més compartir totes les tasques, incloses les d'estimar els fills" (pàg. 305-308).

Així veiem que l'home ha passat de ser una necessitat biològica però un accident social, segons M. Mead, a què "actualment (l'home) ha de viure al màxim en simbiosi carnal amb ella (la seva parella), ha d'anar a les visites mèdiques, mirar les ecografies, seguir el desenvolupament del fetus i ajudar la seva dona a preparar físicament el part, al que evidentment assistirà i fins i tot participarà en gairebé totes les fases del naixement, tal i com li han ensenyat a fer durant els cursos de preparació" (Sullerot, E. 1992, pàg. 172).

I això ha portat a què els autors actuals, parlin dels "nous pares", que realitzen un paper totalment diferent al que es considerava que tenien assignat fins aquell moment. Sembla, tanmateix, que aquest rol és acceptat per una gran majoria de pares, fins al punt que diferents autors teoritzen sobre l'aparició d'un nou tipus de pare (Badinter, E. 1980; Sullerot, E. 1992), i sobre la "mort" de l'anterior (Anguera, B. i Riba, C. 1999; Flaquer, Ll. 1999).

Tot això planteja un important problema teòric i metodològic, en general, i en la nostra concepció del rol de pare, tant en la família com en l'educació i desenvolupament dels fills, en particular: els canvis que estem observant i estudiant, ¿fins a quin punt es deuen a la continuació, tant psicològicament conscient com social, del paper del pare i de les seves funcions emocionals, que des de segles funcionen en la relació familiar? O ¿fins a quin punt es deuen als canvis que s'estan donant en aquestes vivències, funcions i rols? Preguntes difícils de respondre, perquè com hem vist abans, el subjecte està immers dintre d'una família, d'un barri, d'una societat que li reclama unes actituds, però on ell també influeix per poder canviar-les. Per tant, l'única resposta que ens semblaria prou encertada, però amb matisacions, seria l'afirmació de totes dues.

Com sempre, no tothom hi està d'acord, i davant d'aquests "nous pares", alguns autors plantegen dubtes. Així M. Ody (1993), quan parla del "pare que materna" afirma que es deu a una organització patològica de l'home: "Inversament, les posicions maternals i femenines en el pare constaten trastorns de la seva organització narcisista, i així trastoquen la seva pròpia identitat. No es tracta aquí de participar com la mare en la cura del seu fill/a, sinó de ser una mare, però una mare narcisista que exclou al tercer, és a dir, la funció paterna del pare, d'ell mateix. Les posicions maternitzadores d'aquests pares, no són més que l'expressió manifesta de la seva organització patològica subjacent, en ressonància amb l'evolució cultural actual" (pàg 99-100).

O com que: “la qualitat paternal s’ha vist humanitzada per un nou èmfasi en la participació del pare, però si se considera idèntica a la qualitat maternal, en lloc de complementar-la, es distorsiona l’autèntic rol que ha d’acomplir el pare” (Jessner, L., Weigert, E., Foy, J. L. 1970 pàg 235).

O quan D. Stern (1995) afirma: “Si deixa d’existir la família ampliada a nivell funcional, gran part de la necessitat de la mare de suport, ànim, instrucció i valoració real o fantasiejada recau en el marit, i aquest queda parcialment maternitzat, a més de ser incapaç encara que vulgui, de cobrir aquella necessitat. Es converteix en un substitut matern fracassat o insuficient, sense oblidar on poden arribar les conseqüències d’aquesta maternalització i d’aquest fracàs parcial per a l’evolució de la ‘nova família nuclear’ (...) . Per acabar, si el pare es convertís en el progenitor principal, ¿se seguiria desenvolupant la constel·lació maternal? A fi de comptes (segurament) el seu principal progenitor va ser la seva mare. La necessitat d’identificar-se amb el seu pare ¿alteraria molt aquesta situació? (pàg. 230-231).

“Les conclusions de què ‘els pares són els contribuents oblidats del desenvolupament del nen’ (Lamb, 1978) i que ‘la discussió sobre la paternitat està de moda’ (Fein, 1978) apareix com a contradictòria. Des de mitjans del 60 i principis del 80, la investigació familiar està patint una revolució” (McKee, L. i O’Brien, M. 1982 , pàg.3).

Segons S. Feldman (1987), hi ha tres aproximacions per a estudiar la transició a la paternitat que són:

1. Estudis clínics: que solen centrar-se en els conflictes i les necessitats que apareixen durant l’embaràs i que continuen a partir del naixement del fill/a. “Els clínics s’han centrat en les necessitats intrapsíquiques i els conflictes dels homes i dones que estan esperant un fill i de les parelles que recentment han estat pares (Benedek, 1970; Bribing, Dwyer, Huntington i Valentine, 1961; Colman, 1969; Curtis, 1955; Deutscher, 1970; Gordon i Gordon, 1957; Hartman i Nicolay, 1966; Loesch i Greenberg, 1962; Retterstol, 1968; Robin, 1962; Seen i Hartford, 1968; Wainwright, 1966). Però com són dades clíniques, la subjectivitat de les dades i l’alta freqüència de subjectes atípics (per exemple homes en teràpia, o dones no casades) limiten la generalització dels resultats.
2. Estudis sociològics: que tendeixen a considerar la paternitat com una crisi en la relació de parella, o més matisadament com una *transició psicosocial*.

3. Estudis psicològics: que tendeixen a tenir en compte tant els canvis individuals com de parella a partir de l'embaràs.

Del conjunt d'aquests estudis, es pot deduir que els canvis que pateix l'home en el seu rol familiar, en relació a l'embaràs i el naixement del/s seu/s fills/es, poden agrupar-se en:

1. Canvis físics, de vivència del propi cos i fisiològics. (2.2.1).
2. Canvis psicològics en les expectatives i representacions mentals tant del fill/a com de la paternitat, maternitat i parella; o canvis del self com a conseqüència d'aquesta transició. (2.2.2).
3. Canvi d'hàbits o comportamentals del pare (2.2.3).
4. Canvis en la relació de parella tant a nivell d'interacció com de contacte emocional. (2.2.4).

2.2.1. Canvis físics, de vivència del propi cos i fisiològics.

Aquests canvis, segons la bibliografia consultada, solen donar-se durant l'embaràs, perquè l'home o bé necessita identificar-se amb la seva parella embarassada per implicar-se en el paper de pare, o bé està influenciat per la pròpia parella i els seus canvis hormonal.

Així trobem autors que parlen de **canvis físics** (síndrome de covada), i d'altres que parlen de **canvis hormonal**. I aquests autors, tant poden ser investigadors com escriptors de llibres de divulgació. Per tant, malgrat que aquests canvis no siguin acceptats per tothom, els hem de tenir en compte.

Com ja hem esmentat, la covada en les cultures primitives es caracteritza per un seguit de ritus, com allitar-se quan la dona acaba de tenir un fill, simular dolors del part, etc.

Trethowan (1965) “descriu la síndrome de covada en la nostra societat i troba que molts futurs pares pateixen símptomes com manca de gana, nàusees, vòmits, depressions, insomni,... és a dir, símptomes molt similars als que apareixen en les futures mares. Altres homes varien el seu aspecte durant l'embaràs de la seva dona: s'engreixen, fan panxa, es deixen barba, etcètera” (Anguera, B. i Riba, C. 1999, pàg. 31).

Els estudis al respecte són variats:

- Bucove (1964) “fa un estudi sobre la psicosis basat en tres casos, concentrat en les queixes de pares embarassats amb mareigs, mals de cap i d'ulls. La tradició popular sobre el part ha afavorit des de fa temps un lligam entre el mal de dents i els futurs pares” (citada per Richman, J. 1982 pàg 92-93).
- S. Bittman i S. Zalk (1978) afirmen que “molts homes varien el seu aspecte durant l'embaràs de la seva dona: es deixen créixer la barba o el bigoti, s'engreixen” (Parke, R. 1981 pàg 39).
- B. This (1980) citant les investigacions de Groddeck (1923), Curtis (1955) i Trethowan (1965) parla de: mal de panxa, mal de ronyons, mal de cap, mal de queixals, hemorràgies nasals, hemorràgies rectals, hemorràgies pulmonars, vòmits, paràsits intestinals, intervencions quirúrgiques que afecten a la zona abdominal, gastràlgies, restrenyiment, ardors d'estómac, dolors lumbar, hèrnia de disc, migranyes, cefalees i fractures diverses. Fent a més tota una explicació sobre l'aparició de mussols als ulls, quan la dona està embarassada, i cita a Inman (1941) que “va demostrar que el mussol estava lligat a idees de fertilitat, sobretot en el marit de la dona embarassada” (pàg

101), i a Reboul (1955) que diu que “aquest cas és com si hi hagués una assumptió de les funcions reproductores femenines per part de l’home. El mussol seria l’expressió somàtica de la covada en els pobles civilitzats; seria el resultat d’una identificació” (pàg. 102).

- R. Parke (1981), a més de recollir les dades de Trethowan (1965-1968), també recull les dades d’un estudi de B. Leibenberg, que anunciava que el 65% dels homes estudiats per ella, i que anaven a ser pares per primer cop, van experimentar “síntomes d’embaràs” com cansament, nàusees, cefalees, vòmits i també úlceres gastroduodenals. I acaba afirmant que els homes manifesten com a mínim un 10% de canvis i trastorns físics durant l’embaràs de la dona.
- T. Brazelton, B. Cramer (1990) diuen que l’home té preocupacions pel seu propi cos, i poden aparèixer trastorns tal com: nàusees, vòmits, trastorns intestinals, mal de dents, canvi d’aspecte (engreixar-se), depressions i insomni.

A més també afirmen que la identificació amb la dona pot donar lloc a “fantasies bisexuals i hermafrodites” (pàg. 70).

- H. Klein (1991) parla de síntomes comuns com la indigestió, augment o manca de gana, augment de pes, diarrea o restrenyiment i mals de cap i de dents. I arriba a la conclusió de què l’aparició d’aquests síntomes dependrà tant dels subjectes com de les seves situacions. I situa aquests canvis i trastorns cap al tercer mes d’embaràs, amb un augment cap al tercer trimestre.
- C. P. Cowan i P. A. Cowan (1992) parlen de “canvis corporals de l’home: mida, forma, maniobrabilitat durant l’embaràs” (pàg 113). I també parlen de què s’engreixen, s’aprimen, es deixen o s’afaiten la barba i tenen canvis de comportament.
- Ch. Khanobdee, V. Sukranachaiyakul i J. Gay (1993), troben que els canvis físics apareixen en el 61% dels subjectes, durant el primer trimestre de l’embaràs.
- C. Valls (1994), parla de mal de cames, manca de respiració, augment de la pressió arterial i mal d’esquena.
- T. Teny, M. Trixler i F. Jadi (1996) parlen que els canvis físics poden afectar entre un 11-36% dels subjectes que han de ser pares.
- J. M. Morse i C. Mitcham (1997), al seu estudi qualitatiu, parlen d’un contagi dels canvis físics de la dona embarassada que anomenen Compatia.

- G. Strouk i C. Vilder Bompard (2001): “els pares en covada no reconeixen mai la relació entre els seus mals i l'embaràs, ocultant totalment el seu cos, que revela el seu inconscient” (pàg. 51).
- A. Buist, C. A. Morse, S. Durkin (2003): El període durant el que els homes presenten més dolors és l'embaràs, i per a la majoria, les ansietats disminueixen al postpart. I també es va observar que aquest malestar podia afectar al lligam dels homes amb els seus fills.

Pel que fa als llibres de divulgació: C. Capdevila (1999) diu: “a sobre ell pateix un embaràs psicològic. Es mareja tots els matins, es passa el dia al lavabo, té molta gana, està angoixat i li costa dormir” (pàg. 60); o P. Reiser (1997) que explica com els homes, durant l'embaràs de la seva dona s'engreixen; o J. D. Barron (1998) escriu: “si estàs mirant la bàscula fixament i no pots creure on s'ha parat la vareta màgica, no et sentis sol” (pàg. 52). I continua una mica més tard: “el resultat va ser inevitable. Durant el primer trimestre lluitava per cordar-me els pantalons, durant el segon vaig ser incapaç de cordar-me'ls, i ja al tercer, em feien falta cinc centímetres (o més) per a poder aconseguir-ho” (pàg. 52). V. Iovine (1995) diu: “només hi ha un aspecte en el que els homes comparteixen l'experiència de l'embaràs: augment de pes, igual que elles, quilo a quilo. Moltíssimes amigues van informar que els seus marits havien augmentat entre cinc i deu quilos durant l'embaràs (...) potser mengen per alleugerir la tensió nerviosa, potser només volen fer companyia a la seva dona. Alguns tenen tants antulls com elles. No crec que es tracti d'una grandiosa demostració d'empatia, sinó de voler el que una vol (...). Per cada deu homes que opten per posar-se a la defensiva durant tot l'embaràs, se'n troba un que mai es va sentir tan unit a la seva parella com aleshores. Tots coneixem el mite de l'home excepcional, convençut de què l'embaràs de la seva parella és l'embaràs de tots dos, i desitjós de compartir-lo al màxim. És el marit que no es limita a acompanyar-la a l'institut de l'obstetra, sinó que porta la càmera de vídeo per a filmar les imatges de l'ecografia (...). Aquests marits que es posen en el lloc d'una tenen un inconvenient, encara que no molt important: tendeixen a experimentar els símptomes físics del teu embaràs, a més d'identificar-se amb la teva experiència emocional. Això pot portar a una cosa estranya, denominat síndrome de covada. Aquest nom només és una forma pretensiosa de dir que el marit s'engreixa, té nàusees i es torna inestable al costat de la dona embarassada” (pàg. 222-223).

Sobre els canvis hormonals en homes que han de ser pares podem citar:

- Investigadors del Memorial University de Saint John de Terranova (Canadà) (2000), dirigits per Anne Store, fent anàlisi de sang en diferents moments de l'embaràs de la parella, han vist que aquests modificaven els nivells de cortisol, prolactina i testosterona; canvis que també apareixien quan se'ls hi feia escoltar una cinta gravada de plors de nadons, o veien un vídeo on apareixia un nadó mamant. Les conclusions a les que arriben aquests autors és que la dona embarassada 'prepara' amb les seves feromones al pare (La Vanguardia, 6 de gener de 2000).
- L'estudi realitzat per S. J. Berg, K. E. Winne-Edwards a Canadà l'any 2001, buscava quantificar longitudinalment les concentracions de testosterona, cortisol i estradiol, en homes que eren pares per primer cop. Es van analitzar les mostres de saliva des del primer trimestre d'embaràs fins als 3m de vida de la criatura; i es va comparar amb subjectes que no eren pares.

I es va trobar que els subjectes que eren pares tenien més baix el nivell mig de testosterona i cortisol, i una proporció més alta en les concentracions d'estradiol que el grup control. Quan comparaven els subjectes entre abans i després del naixement, en 10 subjectes els nivells d'estradiol eren més baixos el mes anterior al naixement que després, mentre que el cortisol augmentava la setmana anterior al naixement. Les concentracions de testosterona disminuïen després del naixement.

Els futurs pares tenien més baix el nivell de testosterona i cortisol, i més alta la concentració d'estradiol que els subjectes del grup control.

Per tant, és important tenir-ho en compte, ja que aquestes hormones es coneixen com les que influeixen sobre la conducta materna.

- Però l'any 2002, els mateixos autors van fer un altre estudi, on comparaven les concentracions d'aquestes hormones en futurs pares i mares, amb la hipòtesi de què els canvis hormonals del pare podien predir el nivell hormonal de la mare, i van trobar que ni el nivell de testosterona ni el d'estradiol correlacionaven en les parelles abans o després del naixement, mentre que hi havia una correlació positiva en els nivells de concentració de cortisol després del naixement. De la comparació entre els nivells de cortisol i les concentracions de testosterona, el nivell de cortisol en la mare correlacionava positivament amb el nivell de concentració de testosterona en el pare; i la concentració de testosterona de la mare correlacionava també positivament amb la concentració de cortisol del pare. Però aquests dos efectes eren similars quan comparaven els nivells de cortisol entre ells.

Per tant, els investigadors consideren que l'estudi no els permet ni acceptar ni rebutjar la hipòtesi sobre les semblances a nivell endocrí, ni per controlar l'emascament dels efectes d'altres hormones en homes i dones, ni per determinar la importància de l'ambient compartit entre pare i mare.

- Un altre estudi és el realitzat per A. Fleming, C. Corter, J. Stallings, M. Steiner (2002) per determinar les respostes dels nous pares i no-pares al voltant de les relacions amb els fills, van exposar els dos grups a plors d'infants. El control de l'estímul mesurat a nivell afectiu, del cor i de les respostes endocrines, incloent-hi el nivell de testosterona, de cortisol i de concentracions de prolactina a nivell salivar, abans o després d'aquest plor, els hi va demostrar que els subjectes que ja són pares són més sensibles als senyals infantils que els que no ho són; i que les respostes dels pares es relacionen amb les hormones i l'experiència de la cura de les criatures.

Per tant, sigui per preparar-se a la paternitat o sigui per influència de la dona embarassada, podem concloure, amb J. D. Barron (1998) que “els canvis hormonal masculins també tenen lloc (al menys en la ment). ¿Es tracta d'una qüestió d'empatia amb l'equilibri hormonal de la teva dona, o és que en realitat el teu cos canvia? Qui sap? (...). Els homes es tornen excèntrics durant l'embaràs i tenen pujades i baixades, lapsus de memòria i canvis d'humor tan sobtats que pràcticament es poden trencar el coll intentant seguir-los” (pàg. 55).

Però, encara que els estudiosos parlen de tots aquests canvis i trastorns, també afirmen que aquests canvis físics són només una petita part de tots els canvis que els subjectes arriben a experimentar. Pot ser, com afirma Laín-Entralgo (1989), “hi hauria en nosaltres, sense solució de continuïtat entre el conscient i l'inconscient, actes i estats psíquics i orgànics al mateix temps, dels que normalment no ens adonem, perquè segons la psicoanàlisi, constitueixen vivències massa penoses, sepultades mitjançant l'oblit i la repressió” (Guimon, J. 1999 pàg. 61). O com, J. Escobar (2000) que busca “suggerir quins repertoris de tradicions, sistemes de creences, expectacions i actituds que anomenem ‘cultura’, influencien la formació i presentació de símptomes que desenvolupen el que anomenem ‘estrès’; ja que com diu Kleinman (1987) ‘la cultura no només porta la malaltia, sinó que determina els camins per aconseguir-la’” (pàg. 51). I ho fa seguint a Kleinman (1987) que va articular el principi de què la transformació del dolor personal/social en queixes somàtiques és la norma en moltes cultures (pàg. 53). I a Shorter (1994) que afirma que “les influències culturals de la presentació del símptoma segueixen models socials

correctes de conductes peculiars, en diferents societats, i la prevalença de paradigmes mèdics. Així els pacients tendeixen a desenvolupar símptomes que són medicament correctes o sigui, símptomes esperats i que són entesos pels metges” (pàg. 53).

2.2.2. Canvis psicològics de la transició a la paternitat

2.2.2.1. Consideracions generals.

La transició a la paternitat s'ha vist com “una crisi del desenvolupament que pot portar tant al creixement psicològic com a la patologia” (Guttman, D. i Huyck, M. H. 1994 pàg 65); o com “una de les transicions més dramàtiques del cicle de la família, experimentat pel 80% dels adults” (Feldman, H. i Feldman, M. 1985 pàg 13). Com afirma R. LaRossa (1986), “fer-se pare s'ha descrit com ‘una sèrie de contradiccions’ (Hoffman i Manis, 1978). Per un costat tenir un fill és molt satisfactori. Per una altra banda, la paternitat implica molta feina que pot ser la font de frustracions i dolor, tant físics com psicològics” (pàg. 10).

Aquestes afirmacions, les podem entendre si tenim en compte que:

- “Des de la perspectiva de la psicoanàlisi anomenem objectes interns (Bofill i Tizón, 1994; Tizón 1988, 1995) els que tenen a veure amb les experiències que hem tingut amb les persones amb qui ens hem relacionat i amb qui ens relacionem i, en particular, amb aquelles emocionalment més significatives: pare, mare, germans, mestre... Com sabem, el contacte íntim amb aquestes bones experiències és la millor ajuda per a evitar el desequilibri mental al llarg de tota la vida. Quan han estat especialment negatives, difícils o conflictives, hi ha més tendència a la decompensació mental: quan han estat fonamentalment bones, sostingudes i estables al llarg de la vida hi ha una resistència més gran a la decompensació mental: davant situacions difícils o conflictives, el record, el contacte conscient o inconscient amb aquests objectes interns ajuda a preservar la integritat i la integració personal” (Tizón, J. 1999. pàg 86).
- “Fer-se pare correspon a processos psicològics complexos, caracteritzats per moments decisius. D'entrada, l'anunci de la paternitat mou processos de fantasmaticació, de records, de símptomes (síndrome de la covada). El naixement orientarà la fantasmaticació segons el sexe de la criatura. (El part és sovint viscut pels homes com un moment insuportable de viure). O sigui, les primeres manifestacions relacionades entre pare i fill són el tercer temps important dels processos psicològics de la paternitat” (Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. 2000 pàg. 404).

- “Quan els homes van a ser pares és un moment en què s’apropen a la maduresa i a la generació paternal, però per a molts aquest fet pot provocar una relliscada cap un estat de terror i d’ansietat persecutòria. A nivell conscient, poden sentir-se angoixats per sentit de la responsabilitat, mentre que inconscientment se senten confrontats amb els problemes edípics no resolts, ja que el canvi de ser dues persones a ser-ne tres, pot ser immanejable. Així, poden deprimir-se o escapar a un vol maníac que els porti a l’activitat, incloent-hi relacions extra-matrimonials, i rebuig (Gurwitt, 1989). Alguns poden reaccionar preocupant-se massa, sent massa protectors i, poden arribar a pressionar en excés a la dona. L’home que ha engendrat un fill ha d’esforçar-se per trobar un nou equilibri; hi ha esperança i estima, però també hi ha ràbia i enveja del paper de la mare i de la necessitat d’afecte que ella li té. (...). El pare pot sentir-se empès fàcilment cap alguna banda o cap a fora i sentir-se exclòs. Els pares emprenen aquesta transició emocional i psicològica sense la pressió hormonal i el canvi corporal. La necessitat per aquest treball intrapsíquic pot evitar-se o el poden reprendre” (Trowell, J. 2002. pàg 9).
- “Als humans, la transició a la paternitat és viscuda com un acte social (...), la decisió de fer-se pare és considerada com un esglaó més. Finalment perquè els objectius, valors, creences i normes associades a tenir un fill fan que els pares siguin percebuts i tractats diferentment. Ells també se senten diferents i actuen diferent als que no ho són. Així la transició a la paternitat és un nou estatus, i correspon a una nova xarxa de relacions” (LaRossa, R. 1986. pàg 10-11). Però mentre que “tots dos se senten forts per la seva capacitat per procrear. A la dona se l’ajuda a entendre per què està contenta o trista, i els futurs pares solen ignorar-se” (LaRossa, R. 1986. pàg.58).
- “Les tasques relacionades amb la cura i criança d’un bebè, els possibles canvis en les relacions de parella, la necessitat de compatibilitzar diferents rols, els canvis d’hàbits, les restriccions a la llibertat personal, les repercussions sobre l’activitat professional o els costos econòmics, són alguns aspectes que poden resultar problemàtics, i que ajuden a entendre la transició a la paternitat com un procés potencialment estressant (Cowan i Cowan, 1977)” (Hidalgo, V. 1998 pàg 163).

Dintre d'aquesta crisi hi ha autors que parlen d'una continuïtat, on els conflictes nous que apareixen són els vells conflictes que afloren en èpoques de transició (Cowan, C. P. i Cowan, P. A. 1992; Davids, F. M. 2002; Strouk, G. i Vilder Bompard, C. 2001), mentre que altres autors parlen d'antics patrons de la pròpia història de l'individu que van modificant-se amb les noves experiències (Anguera, B. i Riba, C. 1999; Benedek, T. 1970; Brazelton, T. i Cramer, B. 1990; Campbell I. E. i Field, P. A. 1989; Cowan, P. A. i Cowan C. P., 1992; Cramer, B. 1989; Feldman, H. i Feldman, M. 1985; Guttman D. i Huyck, M. H. 1994; Hidalgo, V. 1998; Jessner, L. Weigert, E. i Foy, J. L. 1970; Giovacchini, P. L. 1970; Deutscher, M. 1981; Minuchin, S. 1974; Minuchin, S. i Fishman, H. Ch. 1981; Parke, R. 1981; Porot, M. 1974; Prinz, T. 1992; Robinson, B. i Barret, R. 1983; Stern, D. 1995; Stierlin, H. 1980; Tizon, J. L. 1982, 1999).

Ja que com afirma S. Minuchin (1974) "El present de l'individu és el seu passat més les seves circumstàncies actuals. Una part del seu passat sobreviurà sempre, contingut i modificat per les interaccions actuals. Tant el seu passat com les seves propietats singulars formen part del seu context social, sobre el qual actuen de la mateixa forma que aquest actua sobre ell (...) L'home té memòria; és el producte del seu passat. Al mateix temps les seves interaccions en les seves circumstàncies actuals donen suport, qualifiquen o modifiquen la seva experiència" (pàg. 30-37).

També cal considerar altres factors, com ara les característiques pròpies dels pares (edat, personalitat, història personal), la relació amb la parella i la influència de les xarxes i del suport social, que influiran en la seva transició a la paternitat (Ahmad, G. Najam, N. 1998; Benedek, T. 1970; Brazelton, T. Cramer, B. 1990; Brown, M. A. 1994; Cowan, C. P. Cowan, P. A. 1992; Feldman, H. Feldman, M. 1985; Fox, G. Bruce, C. 1999; Hass, A. 1994; Hidalgo, V. 1998; Icart, A. 1994; Jessner, L. Weigert, E. Foy, J. 1970; Lindahl, K. Clements, M. Mordman, H. 1997; Meltzer, D. Harris, M. 1989; Minuchin, S. Fishman, H. 1981; Parke, R. 1981; Paul, N. L. 1970; Porot, M. 1974; Richman, J. 1982; Robinson, B. Barret, R. 1983; Tizon, J. 1999; Vilagínés i Ortet, C. 1994; Willi, J. 1975). Podem afirmar com V. Hidalgo (1998) que "juntament amb els recursos personals i el suport de la parella, el suport social figura entre els principals factors determinants de què la transició a la paternitat sigui viscuda de forma més o menys satisfactòria (Cochran i Niego, 1955). Per fer front als canvis i exigències que suposa l'arribada d'un bebè i adaptar-se al nou rol de pare o mare, sol ser molt beneficiosa i necessària l'ajut i suport del context social que envolta als pares, ja sigui informal (familiars i amics) o formal (institucions socials). Així,

l'ajut i el suport que els nous pares reben poden provenir de diferents fonts i ser de diferents tipus: emocional (consell i comprensió), o d'assistència instrumental (ajuda econòmica o en tasques concretes)" (pàg. 174).

De totes formes, sembla, que cal matisar la duració d'aquesta transició a la paternitat, perquè encara que alguns investigadors empírics recullen la idea psicoanalítica inicial i recorden que "els fills se somien abans de tenir-los, s'imaginem, es pensen" (Anguera, B. i Riba, C. 1999), o que "a nivell humà, fer-se pare comença no al naixement o durant l'embaràs, sinó al moment que la persona decideix tenir un fill" (LaRossa, R. 1986. pàg.10), segons G. Mendes (2000) "les representacions paternes també pateixen una reorganització paral·lela al món representatiu matern durant l'embaràs i amb l'arribada de la criatura" (pàg. 22). Altres autors com S. Minuchin (1974) o D. Stern (1995), insisteixen que l'home triga molt més que la dona a patir els canvis psicològics i psicosocials que suposa ser pare, encara que al final, igual que la dona, pateixi una reorganització profunda de tota la seva vida.

2.2.2.2. Enquestes sobre la transició a la paternitat:

En aquest apartat podem diferenciar diferents tipus d'estudis que es basen en qüestionaris o entrevistes a homes durant l'embaràs i després de ser pares.

a) Expectatives i representacions dels futurs pares davant la paternitat:

Els canvis psicològics que experimenta l'home són deguts a les expectatives i representacions mentals al voltant del fill, de la paternitat, de la maternitat i de la nova situació de parella. (Hass, A.1994; Chandler S, Field P. A. 1997).

b) Canvis psicològics com a conseqüència de la paternitat:

Analitzen episodis psicòtics en subjectes que han de ser pares (De Boer, E. S. i Van Dijk, W. K. 1992; Teny, T., Trixler, M., Jadi, F. 1996; Radhakrishnan, R., Satheeshdumar, G., Chaturvedi, S. K. 1999). C. Ballard i R. Davies (1996) afirmen que més d'un 10% dels pares pateixen alguna patologia psiquiàtrica a partir del naixement del seu fill/a.

També trobem estudis on apareixen altres canvis, com l'augment de la tensió, de l'estrès, ansietat, canvis en l'autoconcepte, etcètera.

- L. Jessner, E. Weigert i J. L. Foy, (1970), citen el treball de McCorkel, que va estudiar els canvis d'autoconcepte, de relació amb la dona i amb els altres, i va arribar a la conclusió que durant l'embaràs anaven canviant les expectatives. A més va observar en l'home canvis d'identitat durant l'embaràs.
- B. Robinson i R. Barret (1983), presenten els treballs de Barnhil, Rubenstein i Rocklin (1979) i de Greenburg i Morris (1974), que analitzen els canvis que pateix l'home des de l'embaràs (excitació davant l'expectativa de ser pare que disminueix el primer mes d'embaràs per atendre més a la dona, encara que poden aparèixer sentiments de desplaçament i aïllament), el naixement (on pot augmentar tant l'alegria i l'autoestima, com l'ansietat de voler-ho fer be, de patir per la salut de la dona i el fill), i als 3 mesos de vida del fill, que és quan es tornen a normalitzar. Encara que també citen altres estudis com els de LaRossa i LaRossa (1981) que palesen que els pares manifesten menys estrès que les mares; les investigacions de Fein (1976) que afirma que l'estrès matrimonial es manté fins als 8 mesos de vida del fill/a, però que l'estrès de l'home desapareix cap a les dues setmanes de vida de la criatura. L'augment d'estrès matrimonial

s'associa a què els homes es neguitegen entre assegurar l'economia de la casa i el desig d'estar amb la família.

- S. S. Feldman, (1987) estudia la tensió que provoca la paternitat en els homes i la defineix com la resposta a l'angoixa, la inadequació, la tristesa sense motius i el descoratjament. Compara els resultats obtinguts durant l'embaràs i quan ja són pares, i troba que l'estrès durant l'embaràs és un predictor d'aquesta tensió, tant en homes com en dones. En l'home, el predictor més important, és si l'embaràs ha estat o no planificat. L'explicació que donen aquests autors és que la preocupació econòmica que provoca el fet de ser pare, si apareix de sobte, com passa en un embaràs no desitjat, fa augmentar més la tensió en l'home que en la dona.
- C. Mebert (1991), afirma que la transició a la paternitat és una crisi que apareix abans del naixement, i que dependrà de la motivació, de la planificació de l'embaràs i de si la mare pateix o no depressió postpart.
- C. Newnham i col·laboradors (2004), al seu estudi sobre nens/es prematurs/es, constaten que durant l'embaràs un 30% de futures mares i un 16% de futurs pares presentaven símptomes depressius.

La majoria dels estudis tracten de l'aparició de trastorns depressius, semblants als que pateix la dona al postpart:

- Després del naixement del fill/a, segons Zaslow i Kramer (1981) , el 62% dels homes pateixen una depressió semblant a la de la dona ja que “els pares se senten frustrats davant la seva inhabilitat per ajudar a les seves parelles, desenvolupar-se amb el fill, o senten perplexitat a l'hora de tenir-ne cura. Molts homes que tenen una depressió llarga es descriuen com aixafats per les seves dones davant la cura del fill (...). El pare ho sol resoldre cap a la sisena setmana després del naixement, i els extrems emocionals solen baixar” (Robinson, B. i Barret, R. 1983. pàg. 27).
- D. L. Vandell i col·laboradors (1997), va obtenir els següents resultats:
 - Dels 0 als 4 mesos, hi ha un augment de sentiments depressius en mares, pares i en la relació de parella.
 - Als 12 mesos les dones milloren en relació a l'embaràs, però els homes continuen amb alts nivells de depressió.

- Els homes que ajuden a les dones augmenten el benestar de la mare i tenen menys sentiments de ràbia, depressió i ansietat.
- Mentre que els homes que no les ajuden, pateixen problemes emocionals importants.
- S. J. Leathers, M. A. Kelley i J. Richman (1997), afirmen que els sentiments depressius són conseqüència d'una forta necessitat de suport de la parella juntament amb una baixa gratificació social del treball, i una davallada de la gratificació del rol patern.
- Segons E. Soliday, F. K. McCluskey i M. O'Brien (1999) més d'una quarta part de mares i pares presentaven alts nivells de símptomes depressius que correlacionaven entre ells, i l'estrès i l'afecte que sentien durant l'embaràs eren els que servien més per predir-los.
- G. Strouk i C. Vilder Bompard (2001): “sovint es parla del baby blues de la mare, però he trobat que el pare també s'ha de preparar per afrontar aquest buit” (pàg.118). I continua dient: “És una gran font d'estrès, dolor, tristesa. És el baby blues del pare, però, comparable al de la mare? No és pitjor per als pares perquè ells no tenen res a les mans?” (pàg. 120).

Altres autors troben causes diferents:

S. Steinberg, L. Kruckrnan i S. Steinberg (2000) , en un estudi realitzat amb famílies canadenques i japoneses des de l'embaràs fins als primers anys de vida del fill/a, conclouen que els homes pateixen un buit a la seva paternitat per manca de models, ja que socialment la figura del pare està canviant i ells no tenen cap model per al nou rol que se'ls hi demana. Així es troben que no saben què fer ni com fer-ho, el que els hi provoca sentiments d'inadequació com a cuidadors dels seus fills, encara que es considerin més eficients com a provisors econòmics. I molts d'aquests pares deien que qui els hi havia ensenyat el rol era la pròpia dona.

c) Estudis sobre la capacitat d'imaginar durant l'embaràs al futur fill/a:

- Dintre d'aquesta línia trobem el treball d'A. Zennaro i A. Lis (1998), que estudien la capacitat dels futurs pares per imaginar al fill/a en els següents aspectes: com creien que funcionarien com a pares, quines activitats desenvoluparien amb els fills i com s'imaginaven físicament i psicològicament els seus futurs fills.
- I el treball de G. Mendes (2000) que a l'estudiar l'evolució de les representacions maternes i paternes, afirma: “el món representatiu que funciona durant l'embaràs i amb l'arribada del fill/a, ofereix l'oportunitat a la mare i al pare de reviuire un món ric en fantasies basades en la seva infància i passat infantil que estan en concordança amb les relacions que mantenen durant la vida. Les fantasies desenvolupades pels pares durant l'embaràs preparen per a la futura relació que mantindran amb la seva criatura. La seva influència és determinant després del part per organitzar el vincle (Fava-Vizziello, 1986)” (pàg 26). I arriba a la conclusió que l'home ja durant l'embaràs és capaç d'imaginar al seu futur fill/a, però no de somiar-hi com ho fa la dona.

Així, podem concloure que “el fill neix primer a la ment dels pares, en els seus desitjos” (Anguera, B. i Riba, C. 1999 pàg 28). I, que “aquestes fantasies són universals. És un fet fonamental de les relacions humanes, que els nous vincles sempre estan basats en vincles antics” (Brazelton, T. , Cramer, B. 1990 pàg 210).

D. Stern (1995) afirma que “la majoria dels pares creen un conjunt de deformacions positives sobre el seu nadó. Fan broma quan diuen que el seu nadó és el més bonic, fascinant, captivador i amorós del món, però experimenten aquestes deformacions com si fos una poderosa realitat subjectiva” (pàg. 47).

També, podem observar que “els progenitors varien entre si pel que fa a la seva tendència d'adjudicar els seus propis trets psicològics als seus fills. Mentre la majoria dels progenitors tendeixen a veure qualitats ideals i altament apreciades en el seu bebè, altres projecten les seves característiques “dolentes”. N'hi ha que els hi adjudiquen trets amb els que estan familiaritzats, o el que els hi és més aliè. Mentre les variacions normals de la identificació projectiva donen lloc a l'empatia i el vincle, les identificacions distorsionades afectaran a l'harmonització i la contingència. Els pares podrien reaccionar exclusivament a certes intencions que li atribueixen al bebè, però

que en realitat sorgeixen dels seus propis conflictes inconscients” (Brazelton, T., Cramer, B. 1990 pàg 239).

I aleshores aquest fill serà “el redemptor, el que permet una segona oportunitat a les ambicions fracassades dels pares, el que promet una relació d’amor perfecte, tal i com la somiaven. Pot ser aquest personatge ideal que omple tots els buits, aquell altre jo, company de complicitats que no necessiten paraules. Però també pot ser el portador de la desil·lusió, perquè és el nostre doble al que menyspreem o la reencarnació d’un pare detestat, o perquè porta potser la marca d’un fracàs o d’un defecte, degut a la seva semblança, al seu sexe o a una malaltia” (Cramer, B. 1989 pàg 10).

A aquestes “interpretacions subjectives que fan els pares de la seva relació amb el fill les anomenem ‘interaccions imaginàries’. Parteixen de les fantasies que els pares fan al voltant d’ells mateixos, dels familiars més propers, dels seus ideals i de les seves pors: fantasies que s’originen en la pròpia infància. El nounat farà reviure alguna d’aquestes fantasies, que l’inclourà des del naixement en alguns dels grans guions imaginaris agafats d’una època anterior. Les aportacions dels pares a aquestes interaccions imaginàries, habitualment poden identificar-se a través del que diuen del seu fill, sobre els seus desitjos de convertir-se en progenitor i sobre la seva vida emocional en general” (Brazelton, T., Cramer, B. 1990 pàg 203).

G. Mendes (2000), afirma que “algunes percepcions dels pares sobre les característiques dels seus nadons són moderadament estables des de l’embaràs fins als primers mesos després del part, i aquestes representacions presents, fins i tot abans de néixer el nadó, tenen relació amb la seva pròpia història. Això significa que les representacions dels pares envers els seus fills tenen les seves arrels molt abans de la gestació” (pàg. 27).

2.2.2.3. Motivacions per ser o no ser pare.

2.2.2.3.1. Desitjos conscients i inconscients per ser pare:

Podríem començar amb la següent afirmació: “el dia en què l’home es converteix en pare per primer cop, depenent de com sigui la seva relació amb la mare del seu fill i de com serà amb aquest, culmina les realitzacions personals reconegudes en la seva comunitat, i aquesta demostració es repeteix amb cadascun dels fills o filles següents que l’home tingui amb la seva parella o amb qualsevol altra dona.

L’embaràs d’aquella que parirà per ell, és mostra pública de virilitat, valor suprem de masculinitat, i inici d’un procés on es consumarà la seva plenitud masculina; el naixement del bebè o de la bebè, és la confirmació pública davant d’ell mateix, davant dels pares, superiors o subordinats, de què ha assolit o repetit un dels objectius fonamentals en el compliment del deure. Es tracta d’una trobada afectiva de gran força amb els altres homes. És un esdeveniment de més profunditat quan el nounat és una persona amb sexe masculí, que marca la paternitat i és reconegut pels altres homes, per exemple, regalant-los cigars o puros, que evocuen rituals de mutu reconeixement masculí previ a la paternitat”. (Cazés, D. 2005).

Tanmateix, segons la revisió bibliogràfica, els homes volen ser pares per:

1. Identificació amb la mare:

“La identificació amb la mare es produeix en la infància quan un nen pot identificar-se amb la mare, amb aquella que creu que ho pot tot, amb la seva capacitat de tenir fills” (Anguera, B. i Riba, C. 1999 pàg 30).

I així quan L. Jessner (1970) parla del desenvolupament dels sentiments paternals, diu que es vinculen, entre altres aspectes amb “el desig de l’home de gestar un fill” (pàg 242).

2. Desig narcisista de ser complets i omnipotents:

Diferents autors parlen del desig de continuïtat, com una de les motivacions de l’home per voler ser pare. I afirmen que “el desig narcisista de ser complet i omnipotent per la via de produir un fill i identificar-se amb ell és universal, igual que el desig de reproduir (reflectir) la pròpia imatge d’un mateix (...), i per això, l’home prefereix tenir un fill i no una filla”. (Brazelton, T. Cramer, B. 1990 pàg 64-65).

O com deia Heràclit: “el pare, quan es converteix en pare, és el seu propi fill” (Sullerot, E. 1992 pàg 45).

3. Identificació amb el propi pare/ Rivalitat edípica:

A nivell evolutiu, el fet de poder-se identificar amb el pare, permet a l'home “desenvolupar la seva identitat masculina (Anguera, B. i Riba, C. 1999, pàg. 30). Així T. Benedek (1970) afirma: “La paternitat no és només un èxit biològic. És també el mitjà per a què la personalitat del pare pugui evolucionar. Un aspecte d'aquest procés d'esforç de l'home per poder triomfar sobre les seves tendències depenents regressives que es manifesten arran d'una separació que l'amenaça; l'altre aspecte es pot assumir sota el concepte del desig infantil de l'home de ser com el seu pare. La rivalitat amb el pare s'admet com atribut del nen des del període de la seva fase edípica (...). Amb l'acte de la reproducció, el fill no sols afirma la seva funció biològica, sinó que també realitza la meta de la rivalitat amb el seu pare: ell mateix es converteix en pare” (pàg 178).

Ja que “criar-lo li dóna l'oportunitat de fer les coses ‘millor que com el van educar els seus pares o almenys intentar-ho’. Tot nou pare està resolt a ser un pare millor” (Brazelton, T., Cramer, B. 1990 pàg 67).

De totes formes, G. Strouk i C. Vilder Bompard (2001) afirmen que “poques vegades, el “desig de tenir un fill” és explicat conscientment com una necessitat masculina de virilitat. Els homes tenen ganes d'ensenyar als seus propis pares, sobretot al propi pare, que són homes, “jo també sóc capaç de ser pare com tu”. Aquesta paternitat és una forma de mostrar la seva virilitat, la seva capacitat de tenir un fill” (pàg 28). I, B. Cramer (1989) porta al límit l'argument quan afirma: “l'arribada del bebè s'experimenta com un càstig infringit als avis. També es pot viure com l'equivalent d'una rivalitat victoriosa (els pares substitueixen als seus pares en la capacitat de crear), o bé poden signar la ruptura irrevocable del cordó umbilical que encara unia als pares amb els seus respectius pares” (pàg 153).

4. Assegurar la continuació del llinatge familiar:

“Els pares desitgen assegurar la continuïtat del seu llinatge, “el nostre únic camí envers la immortalitat” va dir S. Freud a *La interpretació dels somnis* (Freud, S. 1955). (...). La pràctica de posar-li al fill el nom de pila que el pare va heretar a la seva vegada del seu propi pare és un testimoni fefaent del fort impuls a mantenir la

filiació i a trobar en el fill els preciosos atributs dels propis antecessors” (Brazelton, T., Cramer, B. 1990 pàg 66-67).

Per tant, podem entendre la següent afirmació d'un pare, que recullen G. Strouk i C. Vilder Bompard (2001): “Segur que és egoista fer un fill per por a marxar cap a l'abisme. Però un camí sense fills, encara és més terrible” (pàg.19).

Però no tots els autors hi estan d'acord. D. Owens (1982) afirma que actualment “l'home no veu als fills com a provisors de la immortalitat, exceptuant alguns casos; no sembla que es tinguin criatures sigui per aconseguir una seguretat financera o, contràriament a les idees de Busfield i Paddon, com una mena de companyia a la vellesa. Així, els resultats dels estudis demostren que tenir fills no està subjecte a cap forma d'anàlisi cost-benefici” (pàg 77).

5. Reparació:

“La gratificació que obté l'home quan li proporciona un fill a la seva dona, es mesura com una compensació i una reparació dels seus desitjos sàdics cap a la seva mare. Aquest mecanisme augmenta la satisfacció real de crear un fill i de realitzar els desitjos de la dona (...). Com a home ‘pot’ donar fills a la seva dona, veure-la feliç amb ells, ara pot, sense cap sentiment de culpa, identificar-se amb ella en el part i l'al·letament, així com en la relació amb els fills grans” (Klein, M. 1937 pàg 88).

6. Possibilitat de rectificar els propis errors, ja que “la possibilitat de rectificar la frustració i la sensació de desempament del passat d'un mateix, creant una relació nova i idíl·lica, és un dels incentius més poderosos per tenir un fill” (Brazelton, T., Cramer, B. 1990 pàg 232).

7. “Es natural”.

“Les respostes dels homes davant la pregunta sobre per què volien tenir un fill, solen ser d'entrada, el bloqueig i no articular res, i la seva resposta és “és natural”. Voler un fill no era qüestionat i el sentiment de proveïdors era l'axioma fonamental a la seva conducta” (Owens, D. 1982 pàg 76-77).

Segons G. Strouk i C. Vilder Bompard (2001), els homes poden fer afirmacions d'aquest estil ja que “el desig de tenir un fill és, potser, menys fort, menys

important, menys segur en el pare que en la mare. (...) si la decisió de procrear fos únicament dels homes, la humanitat potser s'hagués estancat, perquè ells en tenen menys ganes que les dones" (pàg 17).

8. Per expandir la relació de parella (Diamond, M. J. 1995 ; Jessner, K. i Foy, J. L. 1970). Segons explica G. Strouk i C. Vilder Bompard (2001) "el fill concreta l'amor que li tenen a la companya. Ella portarà la seva empremta. El fill serà fruit d'aquesta aproximació" (pàg. 21).

2.2.2.3.2. Desitjos conscients i inconscients per no voler ser pare.

Segons K. Jessner, E. Weigert i J. L. Foy, (1970) són:

1. Por a l'èxit: "si l'home pensa que la paternitat és un èxit 'l'home que fracassa quan triomfa' com va descriure Freud (1916), té por de ser un successor del seu propi pare i quedar exposat a totes les acusacions que ha reprimat en relació amb ell" (pàg 217).
2. Angoixes de castració: sembla ser que malgrat que "l'adolescent desitja demostrar al món la seva potència mitjançant la procreació, alguns joves tenen por de què la paternitat els 'domestiqui'" (pàg 217).
3. Pares no estimats en la seva infantesa (pàg 217). Però, B. Robinson i R. Barret (1983), presenten diferents treballs realitzats per Feldman (1981), Shapiro (1980), Magarick i Brown (1981) i Veevers (1982) que ho posen en dubte.
I en podem afegir un altre que és la por a perdre la joventut, ja que "ser pare vol dir fer-se vell i mortal" (Anguera, B. i Riba, C. 1999 pàg 33).

2.2.2.3.3. Motivacions socials per voler o no voler ser pare.

C. P. Cowan i P. A. Cowan (1992) mencionen les següents motivacions per voler ser pare:

1. Ser pare significa ser adult. I parlen de les afirmacions de Lois i Martin Hoffman (1973): "més que l'escola, anar a treballar o casar-se, és la paternitat la que determina realment la maduresa d'una persona, la torna estable, la converteix en un membre respectable de la comunitat i la fa apta per a ingressar en altres institucions pròpies dels adults" (pàg. 79).

2. Influència dels amics: “El fet que els amics tinguin fills o no és molt important i la seva influència pot ser molt determinant” (pàg 79).
3. Pressió social: K. Jessner, E. Weigert i J. L. Foy, (1970) afirmen que l’home adult és gratificat per la procreació i la cura dels fills; i D. Owens (1982) ens informa que “molts homes mencionen explícitament que volien tenir un fill per fer una família. Els fills donen a l’home i a la dona l’estatus de pare i mare” (pàg 78).

Mentre que les motivacions socials per no voler ser pare, segons recullen B. Robinson i R. Barret (1986) de diferents autors (Feldman, 1981; Magarick i Brown, 1981; Shapiro, 1980; Veevers, 1982), són:

1. Els fills són massa cars: “tenir un fill significaria perdre un sou durant el temps que la mare no treballa”.
2. Por a què empitjori la relació de parella.
3. No voler responsabilitzar-se d’una tasca que se sap que no es podrà complir.

I, també citen el treball de Veeben (1980) que parla de dues categories d’homes que no volen tenir fills:

- a. Els dejectors: que són els que trien no tenir fills com a reacció contrària a la càrrega que representaria tenir-los.
- b. Afeccionats: que són els que prenen les decisions en base als beneficis que els hi aporta no tenir fills.

Així sembla que una condició important per voler o no voler ser pares, és haver aconseguit una estabilitat social i econòmica: “moltes parelles no es plantegen la paternitat fins que les seves carreres i la seva base econòmica no estiguin consolidades (...) ja que nombrosos pares joves estan molt implicats en la seva carrera i disposen de menys temps per a la paternitat que els pares més grans que ja tenen la carrera assegurada (Moreland i Schwebel, 1981)” (Robinson, B. i Barret, R. 1983, pàg 65).

Segons explica G. Strouk i C. Vilder Bompard (2001): “els pares necessiten temps per assumir la seva responsabilitat davant del desig de tenir un fill. Per a ells, la paternitat és sinònim de guanyar-se la vida, tenir una casa, ser capaç d’educar al fill, per obtenir plegats les màximes satisfaccions” (pàg 26).

2.2.2.4. Conflictes davant la paternitat.

“Quan esdevé pare (...) l’home ha de saber treballar el seu inconscient i les esperances de l’inconscient, pors i fantasies. Molts homes s’enorgulleixen d’haver estat capaços de concebre un bebè, encara que poden dubtar sobre si és ‘el meu bebè’. Les fantasies de l’inconscient són generalment ambivalents i l’home encara que vulgui el bebè el sent com una amenaça. El pare, encara que intrapsíquicament és el receptor d’aquesta masculinitat, pot identificar-se amb el propi pare que li provoca ràbia, rebuig o culpa (...). La pèrdua de llibertat i la necessitat d’estimar la dona s’uneix a l’enveja inconscient a la pròpia dona (...). El pare pot ser conscient de la seva pròpia mare, dels seus embarassos quan ell era petit i va haver de cedir el lloc que ocupava. El pare també ha de repassar aquesta relació amb el seu propi pare (Greenberg, 1985). Conscientment ell voldrà semblar-se al seu propi pare i fer coses diferents. (...). Si van ser maltractats físicament, poden decidir ser diferents. Provocat pel seu fill, un pare va dir ‘de sobte vaig pensar, què estic fent? Vaig intentar parar, però temia tornar a fer el mateix’” (Trowell, J. 2002 pàg.8).

Un dels conflictes que apareixen és el **sentiment d’exclusió** que el marit experimenta davant la unió íntima mare-bebè quan percep el fill/a com un rival que el separa de la seva dona: “en especial el marit –a vegades també la dona- té gelosia dels fills, perquè li treuen part de l’atenció de la dona. Calcula que li disminueixen les expectatives d’estima, dedicació i seguretat” (Willi, J. 1975 pàg 45), ja que “quan es passa de dos a tres és normal que un se senti de més. Gairebé sempre és el pare” (Cramer, B. 1989 pàg 148).

“L’arribada del bebè recrea una situació triangular semblant a la que els pares van conèixer a la infància amb els seus propis pares. Es tornen a mobilitzar els sentiments de rivalitat, exclusió i odi. S’assisteix, aleshores, a una nova edició de l’antic conflicte: la seva forma més freqüent és la formació d’una complicitat mare-bebè amb l’exclusió del pare (...), i aleshores el marit se sent privat de l’amor de la dona, com abans el seu pare li prohibia la possessió de la seva mare” (Cramer, B. 1989 pàg 151-153). Així, “El pare se sent aïllat tant de les sensacions físiques del creixement del bebè com de l’atenció de la seva parella, centrada en el seu embaràs i el futur fill. El naixement d’un fill desvetlla sentiments de perplexitat i aïllament degut a què molts pares es converteixen en persones perifèriques (“the peripheral person”) en la família (Barnhill, Rubenstein i Rocklin, 1979)” (Robinson, B. i Barret, R. 1983 pàg 26).

Però no és només per part de la pròpia dona, que l’home se sent desplaçat, sinó que també s’hi pot sentir pels propis familiars, i pels llibres d’informació.

Altres autors hi afegeixen sentiments de **ràbia envers el propi pare**. Així trobem afirmacions com “tenir un fill pot evocar sentiments abans reprimits de còlera, frustració, carència i ressentiment cap el propi pare” (Hass, A. 1994 pàg 28).

També pot aparèixer l'**enveja**, sobretot durant l'embaràs, perquè “la principal dificultat del desenvolupament de l'home davant la paternitat és la renúncia al desig de ser igual que la mare i tenir fills com ella. No tots els homes ho accepten. Alguns envegen la capacitat de tenir fills de les dones i mai admeten quedar exclosos d'aquest procés. Inconscientment competeixen amb elles” (Brazelton, T., Cramer, B. 1990 pàg 65). Mentre que d'altres afirmen que “la raó principal per la que aquesta enveja resta tan amagada és que, precisament, es relaciona amb ‘l'interior’ del cos femení, amb les misterioses funcions i processos que passen, màgicament pel que sembla, dintre de la dona (la seva mare), fent fills i llet. Sembla també que així com la dona enveja la iniciativa masculina, inversament, l'home enveja la passivitat de la dona, la seva capacitat de tolerar i patir. El sofriment alleugereix la culpa i en especial, el dolor de la que porta vida al mon és doblement envejat per l'inconscient masculí. No li és gens fàcil a l'home tenir la consciència del que enveja, perquè en realitat no sap molt bé en què consisteix” (Klein, M. i Rivière, J. 1937 pàg 46).

Tot això pot portar al futur pare a certa **ambivalència** que pot ser deguda a què “l'embaràs desperta els efectes arcaics, les angoixes primitives (...), i seria per això que durant el dia la presència del nen al ventre matern l'alegra, i per la nit dorm prement a la seva dona entre els braços per sentir millor el moviment del petit; però quan dorm, en què somnia? Només amb ‘llagues i protuberàncies’, catàstrofes, caigudes, malalties, deformacions, mort de nens” (This, B. 1980 pàg.152). Segons T. Brazelton i B. Cramer (1990) aquesta ambivalència es deuria a què “l'home s'identifica primer amb la seva mare i després ha de repudiar aquesta identificació, és molt probable que aquests sentiments es reanimin” (pàg 69).

També J. D. Barron (1998) parla d'aquesta ambivalència representada en els somnis del futur pare quan diu: “pot ser que tinguis somnis carregats d'ansietat i extremadament detallats: somnis on perds al teu fill en una fira, centre comercial o aeroport, o l'has oblidat a la vora del mar... Comprèn que per la nit, la teva ment actua per ella mateix i que aquests somnis són saludables, encara que t'aterrin” (pàg 94-95).

G. Mendes (2000) afirma: “estem d'acord amb García-Dié (1999), que comenta que poden aparèixer sentiments d'ambivalència, por o intranquil·litat, no indiquen un rebuig

del nadó, ja que tant les representacions positives com negatives formen part de la reorganització mental dels seus progenitors” (pàg, 109).

I sembla ser que una de les manifestacions d'aquesta ambivalència del pare és la preocupació per la salut del futur fill/a: “El naixement d'un fill és l'ocasió d'assumir els perills i les incerteses sobre possibles anormalitats, fet que pot provocar un augment de l'ansietat. Els pares a vegades tenen sentiments màgico-religiosos. Així, per exemple, poden parlar dels seus sentiments sobre el naixement amb idees còsmiques, com senten el poder i la unitat existent al món i com hi poden cooperar a partir del naixement” (Richman, J. 1982 pàg 97). Això sol passar cap al tercer trimestre de l'embaràs, que és quan l'home vol saber si el seu futur fill/a “ha estat protegit contra la seva pròpia ambivalència, rivalitat i ressentiment” (Brazelton, T., Cramer, B. 1990 pàg 71).

L'altre conflicte que apareix en la bibliografia és que “**en esdevenir pares cessem en cert sentit de ser fills**”, per tant “convertir-se en pare és també acabar amb la fantasia, amb el mite de ser l'etern jove adolescent. Esdevenir pare és acceptar esdevenir vell i mortal. La il·lusió d'immortalitat és un sentiment adolescent i esdevenir pare implica fer el dol de perdre l'adolescència i assumir responsabilitats” (Anguera, B. i Riba, C. 1999 pàg 33-34). L'arribada d'un nou fill pot ser vista com “naixement d'un fill-mort del pare” (...) o com “naixement d'un fill, naixement d'un pare” (This, B. 1980 pàg 153).

Per tant, podem concloure que “el naixement (d'un fill/a) despertarà en ell tota una sèrie de vivències obscurament lligades a la gelosia i a l'enveja (i aquesta, tant dirigida cap a la seva parella com cap al seu fill). La seva identitat familiar també patirà un canvi, i amb ella la seva identitat social... La seva identitat total, en definitiva patirà aquest canvi” (Tizon, J. L. 1995 pàg 57).

Així, segons diversos autors, l'home pot presentar **manifestacions positives** com són l'alegria i l'eufòria; donar-li més valor i sentit a la vida; tenir sensació de potència i virilitat. O **manifestacions negatives** com: sensació d'exclusió i desplaçament, sentiments d'enveja envers la capacitat de la dona de tenir fills, sentiments de responsabilitat i culpa, confusió o ansietat, retraïment o més dependència cap als familiars, sentiments d'ambivalència, preocupacions (sobre la salut del fill, econòmiques), reaccions depressives, augment de tensió, estrès i irritabilitat, i pors (de com pot canviar la seva vida, relacionades amb el part, sobre els seus futurs rols, etcètera).

Mentre que Richman i Goldthorp (1978), citats per B. Anguera i C. Riba (1999), parlen de quatre camins que pot agafar l'home davant de l'embaràs de la dona:

1. El pare nega l'existència de l'embaràs i adopta estratègies de rebuig.
2. El pare accepta el fet, plenament o amb reserves, però en tot cas delega la responsabilitat de la gestació a la mare.
3. El pare desitja participar en l'experiència de l'embaràs, desenvolupa un lligam especial amb el fetus, i augmenta la seva ajuda emocional i instrumental.
4. El pare reclama una total identificació amb el fetus i intenta anul·lar socialment a la mare (pàg 148-149).

Per tant, aquestes primeres experiències poden:

- Ajudar a l'home a fer de pare, buscant una versió imaginària del seu passat com a fill.
Seguint a T. Brazelton i B. Cramer (1990) “la primera fantasia de la major part dels futurs pares és la d'evitar els conflictes de la seva pròpia infància i convertir-se en progenitors perfectes” (pàg 43). “En aquests casos, el que els progenitors busquen reproduir no és una experiència real, sinó una versió ideal imaginària del que el seu passat hauria d'haver estat. Un cop més, aquest és un desig comú en moltes famílies sanes” (pàg. 232).
- Servir per a elaborar històries anteriors.
B. Anguera (1999) diu: “l'embaràs i aquest és un moment especial per a elaborar històries anteriors familiars tant per la futura mare com pel futur pare (...). Durant aquest temps, l'espera de convertir-se en pares posa en marxa els records del passat com a fills i els projectes de futur com a pares: ‘Jo ho faré millor o diferent que els meus pares.’” (pàg. 27-28).

No tots els autors estan d'acord en què aquests conflictes apareguin en tots els homes quan la seva dona està embarassada, ja que com explica S. Minuchin (1974) : “El nen és una realitat per a la dona, molt més abans que per a l'home. Al moment del naixement, o fins i tot més tard, ell comença a sentir-se pare. L'home pot continuar sense comprometre's mentre que la dona ja s'està adaptant a un nou sistema de formació familiar” (pàg 61). O com diu D. Stern (1995): “el món representatiu del pare es veu menys trasbalsat pel naixement del nadó i la feina de reorganitzar les múltiples xarxes de models es realitza en un període de temps més llarg. Sovint els pares diuen que el canvi irreversible del centre de

gravetat que suposa passar de ser fill del seu pare, a pare del seu fill, pot trigar anys” (pàg 45).

Segons J. Tizón (2003), aquest conjunt de canvis, amb l'augment de l'ansietat confusional, persecutòria i reparatòria que comporten, ajuden a què el pare pugui representar el seu paper, al menys en els següents àmbits relacionals:

1. En la cura de les necessitats corporals bàsiques, és a dir, en la *trama afectiva*.
2. Com a col·laborador per establir la *funció diàdica mare-fill*, facilitant:
 - *Les funcions emocionals* introjectives.
 - I especialment, la *funció de contenció de la diada*, bàsica per a què la criatura pugui establir la relació *subjecte-objecte externa i interna* (creació de l'objecte, creació del subjecte, creació de l'espai mental).
3. Funcions per poder establir els límits per al nadó, el nen/a, la simbiosi mare/fill-a
4. Funcions en l'organització i desenvolupament del *super-jo*, *l'ideal del jo* i *l'Edip* o triangulació en la fase fàlica.
5. Funcions en la creació d'*identitats psicosocials fonamentals* pel nadó i nen/a:
 - En la sexualitat.
 - En l'agressivitat/destructivitat.
 - En el coneixement.
6. Funció per aportar models d'*organització de la família*: estructurada, desestructurada, matriarcal, patriarcal, “colla de nois”, “casa de nines”, etcètera.
7. Funció per aportar models en la relació entre la família i l'exterior social.

2.2.2.5. Segon fill

Com hem anat veient, davant de l'embaràs de la seva parella, l'home torna a reviure experiències anteriors, i sembla ser que això esdevé a cada embaràs.

Pot ser degut, com afirma A. Icart (1994), a què: “parlant de la família, hi ha tota una etapa en què conflueixen diferents factors i en la qual mantenir l'equilibri mental del grup es fa més difícil. Parlem d'una família amb pares joves, amb el primer o segon fill; l'inici de la configuració familiar” (pàg. 128).

O, més explícitament, podem citar a M. Marks (2002) quan afirma: “Vull considerar que els problemes que apareixen quan s'és pare, són deguts a la cerca de l'equilibri, especialment quan es passa del nivell pre-edípic de dues persones, a tres persones, amb l'arribada del bebè.

El procés del qual vull parlar és el del període posterior al naixement del bebè, probablement al primer mes de vida de la criatura que és quan aquest aspecte triangular de la paternitat és més intens. El model de relacionar que s'estableix és semblant a la continuïtat, perquè quan es troben els problemes edípics es negocia de forma similar a com es feia en les dificultats postnatales primerenques; com en la pubertat i en aquells moments en què el nen s'ha tornat adult i confronta les seves dificultats amb la paternitat. Les mateixes dificultats tornaran a aparèixer, encara que amb alguna disminució d'intensitat, depenent del que la parella hagi après de l'experiència, amb el naixement d'un altre fill” (pàg 95).

G. Strouk i C. Vilder Bompard (2001) ho interpreten d'una altra forma: “la inquietud d'alguns pares ens ha sorprès. ¿Per què dubten tant davant l'arribada d'aquest segon fill? ¿Són pares que sentien que havien caigut en un parany a l'arribada del primer fill? ¿El segon els reforça en un estatus de pare de família que els aterroritza? ¿Estaran a alçada d'aquestes noves responsabilitats? Aquests pares se senten sols i no gosen demanar el suport de la seva companya. Es culpabilitzen d'amargar l'alegria de la dona si expressessin les seves angoixes. Sent corresponsable de la maternitat, el pare hauria de ser tan feliç com la dona, però se sent totalment superat davant d'aquest desgavell, i culpable per no ser l'home que s'esperava que fos” (pàg. 37).

O segons R. Emanuel (2002): “El pare que ja té altres fills s'ha d'adaptar a la nova situació. En la nostra societat el paper del pare durant els primers dies i setmanes ha estat tant el de mantenir l'ambient protector de la nova parella lactant com el de cuidar a la mare. Aquest període pot fer que tant el pare com els germans siguin més vulnerables, ja que és fàcil sentir rebuig abans que ell pugui prendre un paper nou. Ha de trobar un lloc.

Molts homes troben que això és molt difícil, sobretot pels que no poden tolerar l'exclusió de la parella i els fa reviure les constel·lacions primerenques de sentiments i de defensa en contra, les configuracions edípiques poden tornar a trobar el seu lloc. L'home i la dona, de cop, adquireixen noves responsabilitats. La majoria de les teories del desenvolupament del nen han afavorit el paper de la mare com a primera cuidadora i figura de lligam. El paper del pare 'sol afegir-se com un modulador i potencial modificador de la força d'aquest lligam' (Meltzer, 1988 pàg 59)" (pàg 134).

I així, aquest mateix autor afirma: "En la clínica pràctica la impressió és que molts pares s'han separat quan han tingut el segon fill, sobretot quan aquest ha estat molt a prop del primer. Potser és, perquè el primer fill presenta una novetat a la família, però en totes dues situacions els pares es poden sentir fora i rivalitzar amb el bebè" (pàg 135).

Altres autors, ho atribueixen a la disminució del benestar en la parella. Així B. Martin, (1987), afirma: "La satisfacció matrimonial disminueix després del naixement del primer fill i continua disminuint després del naixement del segon (Belsky, Spanier i Rovine, 1983; Feldman, 1971; Ryder, 1973; Waldron i Routh, 1981)" (pàg.175). I I.Z. Khazan (2004) seguint un estudi del 2003 (McConnell, Khazan, Lauretti, McHalle) troba que la relació-de-parella-com-a-pares ("*co-parenting*") queda afectada tant si es té un o dos fills/es, tenint també en compte la depressió postpart.

Per tant, podem concloure amb la següent afirmació de J. Trowell, A. Etchegoyen (2002): "pels homes, tots els embarassos, siguin planificats o no, desperten les seves relacions inconscients i internes" (pàg. 7).

2.2.3. Canvi d'hàbits o comportamentals.

“Els canvis o alteracions més comunament citats tenen a veure amb les pautes de son, el temps lliure, els hàbits sexuals, el temps d'estar amb la parella i els amics, i la disponibilitat i despeses de diners. En la majoria dels casos, aquests canvis són experimentats en sentit negatiu, sobretot els canvis d'hàbits que sembla que han de durar més: manca de temps lliure per a un mateix i alteracions en els estils d'oci (Feldman i Nash, 1984)” (Hidalgo, V. 1998 pàg 166).

Per a altres autors, hi ha altres canvis en la conducta de l'home. Així trobem autors que parlen de canvis o plantejament de canvis en l'àrea laboral, o en la recerca d'informació sobre l'embaràs, el part, etc. I també d'un augment en la recerca de suport dels amics i familiars; i l'aparició de conductes que impliquen algun risc tant per a ells com per a la família.

J. Belsky, M. J. Ward i M. Rovine (1986), afirmen que els canvis associats a la paternitat, seguint els estudis de Miller i Sollie (1980), poden ser tant positius com negatius. Entre els positius, citen aspectes personals que milloren, com ara un augment d'estimació, de felicitat, d'autoestima i de sentiment de maduresa. Mentre que, entre els negatius, parlen de cansament, disminució de temps amb la parella i de relacions sexuals, dubtes sobre si són o no bons pares i, finalment, disminució de les activitats socials.

L'explicació d'aquests canvis negatius es relaciona tant amb les característiques del propi fill/a, com amb l'alteració dels hàbits de dormir, i també de les relacions sexuals (degut a què la criatura es desperta a la nit). El cansament dels pares per dormir poc, pot disminuir la comunicació de la parella. “Si considerem el cansament que resulta d'aixecar-se durant la nit per cuidar a la criatura, ¿com es pot demanar a la dona que s'interessi pel sexe?” (Belsky, J., Lerner, R. M. i Spanier, G. 1984 pàg.117).

Pel que fa a l'àrea **laboral**, els canvis que sembla que manifesta l'home són:

- L'home es dedica més al seu treball: “encara que molts pares se senten més implicats en la feina, especialment durant els primers mesos, hi ha un augment d'agitació a mesura que l'embaràs va avançant” (Richman, J. 1982 pàg. 99).
- L'home es planteja buscar una nova feina: “Al voltant d'un 10% d'homes van parlar de buscar un nou treball durant els nou mesos d'embaràs de la dona. Alguns van planejar fer canvis quan el bebè comences a donar les primeres passes. Els que no ho van

planificar, sembla que es dedicaven més als afers particulars” (Cowan, C. P i Cowan, P. A. 1992 pàg. 127).

Els motius que donen aquests autors, pels plans de canvi de l’home a l’àrea laboral són:

- 1) Expectativa de la càrrega econòmica que comportarà la criatura.
- 2) Fugida.
- 3) Preocupació i ansietat per motius econòmics.

Així, A. Hass (1994) afirma: “Hi ha homes que es queden a l’oficina més temps del necessari perquè no volen tornar a casa. Potser se senten més segurs en l’ambient de la feina, amb més control en aquest lloc. Altres van al gimnàs, o surten a beure amb els companys després de la feina, per evitar la intimitat o els conflictes amb les seves dones” (pàg 107-108); o B. Robinson i R. Barret (1983), citant els resultats de Curtis (1955), diuen: “molts homes es retiren de les seves dones per llençar-se a la feina amb més força” (pàg. 28).

Aquest punt de vista de fugida, segons els estudis de C. P. Cowan i P. A. Cowan (1992), també és compartit per les dones: “encara que pràcticament tots relacionaven directament les modificacions relatives a les seves ocupacions amb l’augment de responsabilitat d’haver de mantenir a la dona i al fill, elles interpretaven l’interès intensificat en la feina com una mena de fugida” (pàg. 127).

Pel que fa a les preocupacions econòmiques, H. Feldman i M. Feldman (1985) afirmen que: “l’home està més preocupat per les obligacions econòmiques i la seva aptitud per ser l’únic responsable financer de dues persones que dependran d’ell. Així, l’estrès en la dona correspon en part a un estadi de la vida, mentre que per a l’home és més estructural” (pàg 31).

En referència a les **relacions socials**, la majoria d’estudis palesen tant un increment i apropament entre els nous pares i la seva família d’origen (en especial la pròpia mare), com amb amics, sobretot si aquests tenen fills.

“A l’igual que la mare busca ajuda, informació i seguretat, més enllà del seu marit, el pare tendeix a buscar el suport en els amics que han estat pares. A més incrementa el contacte amb els propis pares durant l’embaràs de la dona, i sobre tot amb la seva mare. Un home pot sentir més necessitat de suport i estima materna durant un temps, el que

constitueix un suplement de tendresa durant el període que es pot sentir pressionat per a mantenir-se ferm, responsable, adult... Els futurs pares truquen i escriuen cartes als seus familiars amb més freqüència durant l'embaràs de les dones, que abans (...). Com Gladieux, ha observat “el fet de poder disposar de persones que puguin servir-li com a experimentats informadors sobre el part i el comportament patern següent era motiu de gran satisfacció per al futur pare” (Parke, R. 1981 pàg. 42-43).

Contràriament a aquesta afirmació, G. Mendes (2000) conclou que a la dona li cal el suport del marit en primer lloc, més que el de la seva pròpia mare.

De totes formes, com afirma J.L. Tizón (2004) sembla que homes i dones busquen ajuda, informació i seguretat fora de la pròpia parella. I com és normal, la busquen al primer nivell de contenció extrapersonal: la família d'origen. Pel que diuen els estudis, solen buscar seguretat, informació, contenció durant els períodes on es poden sentir pressionats pels dubtes que els hi van apareixent sobre el comportament que han de seguir. I els homes també tendeixen a buscar contenció/resiliència en la seva pròpia família, tant externa com interna (representació mental). Per tant, encara que des del punt de vista psicoanalític la realitat del paper del pare i els seus canvis han estat poc considerats durant decennis, veiem que són suficientment importants per a què poguéssim parlar de *preocupació paternal secundària*, i potser també de *preocupació paternal primària*.

Però cal considerar altres factors, perquè com afirmen T. Brazelton i B. Cramer (1990): “donat que aprendre a ser pare és un procés evolutiu, està determinat al mateix temps per l'energia psíquica bàsica i l'experiència, i per factors ambientals. Les actituds psicològiques bàsiques estan fonamentades o bé debilitades pels esdeveniments, les pressions socials i les institucions (Klaus i Kennell, 1982; Brazelton, 1981). Alguns dels esdeveniments fonamentals com la consulta prenatal, les classes prenatales i el suport del pare durant el part i el naixement donen oportunitats per a fomentar el desenvolupament de la paternitat” (pàg. 76).

- **Ecografies.**

Sembla ser que les ecografies estan acceptades per la majoria d'autors com a factor que ajuda a l'home en la seva transició a la paternitat, ja que "l'ecografia en particular sembla alliberar a l'home de la possible gelosia de fecunditat i li confereix una nova seguretat en el seu difícil paper, un paper on buscava les seves empremtes. El fill ja no és un misteri opac tancat en la mare, propietat de la mare. Junts i a la vegada, contemplen des de fora aquest fill que va a venir, que han fet conjuntament, i el veuen fent puntades de peu a la pantalla" (Sullerot, E. 1992 pàg. 173).

O sigui, "l'home actual té més eines per viure l'embaràs: a través del sentit de la vista i gràcies a l'existència de l'ecografia. L'autor i metge de professió Teboul (1994) descriu la seva emoció quan veu per primera vegada l'ecografia del seu fill: "Recordo encara el matí que vaig veure per primera vegada l'ecografia que m'anava a consagrar com a pare, aquelles imatges que es gravarien a la meua memòria i que transformarien radicalment la meua espera. Progressivament, durant la mitja hora de l'examen, aquest sentiment es desenvolupa amb la certesa d'haver-me per fi apropiat d'un procés del qual fins aquell moment em sentia estranger" (Anguera, B. i Riba, C. 1999 pàg. 34).

Per tant, sembla normal que com explica M. Kovacevic (1993), la visualització del fetus baixi l'estrès i l'ansietat.

També els llibres de divulgació en parlen. Així, V. Iovine (1995) afirma que "serà la primera verificació real per al teu marit; fins ara s'haurà limitat a acceptar la teua paraula de què estàs embarassada i pot ser tingui dubtes secrets sobre la fiabilitat de les teves proves casolanes. En aquesta ocasió potser hauràs d'oferir-li una cadira o un mocador, per l'aclaparadora que sol ser aquesta presentació pare-fill" (pàg. 143).

Però no tots hi estan d'acord ja que "A. Naouri (1985) diu: "per convertir-se en pare la condició primera i indispensable consisteix a renunciar a ser mare, a renunciar a 'ser una altra mare'. Aquest autor denuncia les noves modes en què els pares proclamen el plaer en participar en tots els canvis de la futura mare, de rentar, alimentar i tenir cura dels nadons per fer una nova categoria exemplar: els nous pares" (Anguera, B. i Riba, C. 1999 pàg. 35).

- **Ginecòleg.**

Només B. This (1980) i els llibres de divulgació, parlen de com se sent l'home davant del ginecòleg de la parella, i semblen estar d'acord en què és com un tercer que apareix i, que fins i tot, pot arribar a afectar a les relacions de parella.

Així B. This (1980) diu: “quants desafortunats marits, a partir de la primera consulta mèdica de la seva dona, experimenten gelosia, del fill que va a néixer, o del tercer, el metge que es posa entre la parella. Alguns marits deixen el domicili i amb diferents excuses, se'n van alguns dies a dormir lluny de la seva dona” (pàg 66).

Pel que fa als llibres de divulgació, trobem afirmacions semblants a les anteriors. Així J. D. Barron (1998) diu al respecte: “acompanya-la a veure el seu tocòleg..., però prepara't: Preparar-te per a què? Per als sentiments d'inseguretat, feblesa i estupidesa (...). 'el metge t'explicarà' va dir la meua dona. Perfecte, vaig pensar: el seu encisador, elegant i savi mentor li explicarà una altra cosa al seu inepte, preocupat i circumspecte –davant del metge- marit” (pàg. 80); C. Capdevila (1999) diu: “ell veu al ginecòleg com un mecànic. Com un professional que farà el que voldrà, i ell a callar, perquè no hi entén res, de motors, tubs d'escapament, úters ni trompes (...). Al ginecòleg no li agrada que ell porti una llibreta plena de dubtes apresos en manuals. Refiï's d'ella, que ho porta a dins, li diu mirant-lo als ulls per primer cop. Les altres vegades, encara que preguntí ell, la respon a ella (...). Ell temia el salt de la parella a la família de tres, però s'adona que amb el ginecòleg ja en són quatre. No sap encara que aviat seran sis: la sogra i el pediatre esperen impacients el seu torn per entrar en escena. Ell temia passar a ser el tercer de la família. Serà el sisè” (pàg.35). O P. Reiser (1997) que explica: “Sempre estàvem tots tres junts a la consulta, tenia la impressió que només un de nosaltres podia ser-ne la parella” (pàg. 36).

- **Classes de preparació al part.**

La idea general és que l'assistència del futur pare a les classes de preparació al part, li és positiva.

B. Anguera (1999), diu que als homes els hi agrada assistir a aquestes sessions ja que “volien participar més activament al costat de la seva companya en el procés del part i no es volien perdre el moment totalment emocionant del naixement. Fins fa pocs anys no es permetia als pares estar presents en el moment del part, el lloc del pare era la sala d'espera on es passejava nerviosament entre d'altres homes, i això encara passa ara. Però la situació està en procés de canvi” (pàg 37).

B. Robinson i R. Barret (1983) afirmen: “les classes de preparació al part, tipus Lamaze, forneixen una nova i excitant dimensió per al futur pare. Aprendre sobre els aspectes físics del part i del naixement i practicar exercicis permet a les mares tenir als seus fills amb el mínim dolor i el mínim d’anestèsia. Al pare se li dona l’oportunitat de forma directa i activa de participar en el naixement del seu fill. Converteix el part en una mena de suport emocional” (pàg.29).

J. Barron (1998), mig seriosament, mig en broma diu: “les classes van fer que el part em semblés una cosa més normal (...). Les classes de preparació per al part tenen a veure, en la seva major part, amb la desmitificació (...). Encara que no tinguis l’oportunitat de portar a terme els teus coneixements, la familiaritat amb aquest procés et donarà més confiança, i t’aproparà més a la teva dona i serà una cosa normal (fins i tot simple), de forma que sabràs que no necessites ser un superhome per arreglar-te-les” (pàg. 105-106).

Però no tothom està d’acord, i V. Iovine (1995) diu: “els homes que participen a aquests cursos no se senten lligats entre ells, com les dones. El simple fet de l’embaràs no els serveix de vincle, encara que les seves dones intercanvien els números de telèfon i històries clíniques al final de la primera classe. Les filmacions de parts els espanten o desagraden; tampoc fa massa goig veure un munt de grasses, inclosa la pròpia dona, estirades de costat amb les cames obertes fingint fer força. Detesten haver d’acudir a les reunions amb un coixí sota el braç com si anessin a una festa de pijames” (pàg. 225).

2.2.4. Canvis en la relació de parella

Si durant l'embaràs es pensa que algunes conductes canviaran, diferents estudis afirmen que després del naixement de la criatura apareix un increment i accentuació del caràcter estereotipat dels rols de gènere que perjudicarà les relacions de parella.

A més, diversos autors relacionen els canvis en la relació de parella i la transició a la paternitat, perquè com afirma S. Minuchin (1974), l'home influeix i és influenciat pel context que l'envolta.

Els estudis es basen tant en dades extretes d'entrevistes semiestructurades o no estructurades, com en qüestionaris com el MARITAL SATISFACTION (W. W. Hudson and Glisson, 1976), MARITAL BEHAVIORS QUESTIONNAIRE, THE DIADIC ADJUSTMENT SCALE, MARITAL INVENTORI (P. Noller i V. J. Callan, 1988), THE PARTNERSHIP QUESTIONNAIRE (K. Hahlweg, 1979), SOCIAL RITHM METRIC, THE DYADIC ADJUSTMENT SCALE (G. B. Spanier, 1976), el Q-SHORT on MARITAL QUALITY, THE BEM SEX ROLE INVENTORY (BSRI), BEM SATISFACTION SCALE (Bem, 1976), THE MOOD SCALE, PERSONAL CHANGE RATINGS OF HEALT, ENERGY AND APPEARANCE, el llistat d'adjectius de GOUGH i HEILBRUN (1980), THE SOCIAL CHANGE SCALE, TEST BRIEF MARITAL ADJUSTMENT DE LOCKE-WALLACE (1975) durant l'embaràs, el qüestionari de LOCKE-WALLACE (1958) al postpart i el HOUSEHOLD TASKS CHECLIST

La majoria d'aquests estudis es perllonguen des de l'embaràs fins als primers mesos de vida del fill/a, tret el de C. P. Cowan i P. A. Cowan (1992) que arriba fins que la criatura té 3 anys, i analitza com evoluciona a nivell escolar, i el de K. M. Lindahl, M. Clements i H. Markman (1997) que estudia l'evolució de la comunicació de 25 parelles abans de ser pares i cinc anys després, concloent que el funcionament negatiu de les parelles afectava a la futura interacció pares-fills.

Solen emprar un grup control de parelles que no tenen fills (ja sigui, perquè no volen o no poden tenir-los), per analitzar si la relació de parella varia degut a la paternitat o al pas del temps.

Les **interpretacions teòriques** es basen en el concepte de família i de parella, i de com varien durant la transició a la paternitat. De la parella o de la família se'n parla com un "sistema dinàmic" (Robinson, B. i Barret, R. 1983 pàg. 12); com "una estructura viva i única" (Vilaginés, C. 1994 pàg. 36), com un sistema amb subsistemes (Benedek, T. 1970;

Minuchin, S. i Fishman, H 1981), o com un sistema social amb interdependència de rols (Feldman, H i Feldman, M. 1985; Hass, A. 1994; Hidalgo, V. 1998).

Aquests tractadistes estan d'acord en què “cadascuna de les persones que componen el grup familiar està compromesa i immersa en un procés grupal, i les alteracions i els moments difícils que li provoquin tensions i angoixes afectaran a la dinàmica dels altres. A més, cadascuna d'elles i el grup com a tal estaran exposats a les influències i els impactes del món extern amb les alteracions que això puguin ocasionar. Parlem d'un cúmul de forces, d'emocions i de vivències que aniran modelant el futur de cada individu, i suposadament de tot el grup” (Icart, A. 1994 pàg.128).

Per tant, “per a comprendre la relació progenitor i fill hem de considerar als pares com a parts d'un sistema familiar i tenir en compte les relacions existents entre els membres de la família. Hem de recordar que les famílies no estan aïllades d'altres sectors de la societat, sinó que estan incloses en una xarxa àmplia de sistemes socials, amb el veïnat, la comunitat i la cultura” (Parke, R. 1981 pàg. 33).

Si analitzem els estudis, ens trobem que poden parlar tant de com afecta la relació de parella a la transició a la paternitat, com de com afecta aquesta transició a les relacions de parella.

Entre els estudis sobre **com afecta la relació de parella a la paternitat** citem els de:

- K. M. Lindahl, M. Clements i H. Mordman (1997). Afirmen que els problemes en la parella condicionen la paternitat.
- Ph. Zelkowitz, T. Milet, (1997). Van arribar a la conclusió que els pares a qui s'havia diagnosticat depressió postpart a la parella patien més estrès, més pressions econòmiques, menys relacions familiars i socials, que els pares a qui no se'ls hi havia diagnosticat depressió postpart a la parella.
- G. Fox i C. Bruce (1999), arriben a resultats semblants en un estudi amb pares que no viuen amb els fills, i conclouen que la qualitat de la relació en la parella influeix en la implicació del pare en la seva paternitat.
- Altres estudis com els de M. Mikulincer, V. Florian, C. P. Cowan i P. A Cowan (2002); C. P. Cowan i P. A. Cowan (2002); M. S. Schulz, C. P. Cowan, P. A Cowan i R. T.

Brennan (2004) parlen de la importància de les relacions matrimonials i de la influència que aquestes tenen en el desenvolupament posterior dels fills.

Per tant, “una bona relació prèvia a la transició a la paternitat, sembla ser el millor predictor de què la relació de la parella seguirà sent satisfactòria en la paternitat. L’arribada d’un fill, en aquest sentit, més que provocar canvis espectaculars i inexplicables, el que fa és accentuar les tendències ja presents en la relació entre els pares” (Hidalgo, V. 1998 pàg.163). Però cal fer una matisació en aquests resultats, perquè com explica R. Parke (1981) “els pares, igual que les mares, estan afectats per la qualitat de les relacions marit-muller. Les parelles que discuteixen i es critiquen és més probable que actuen així amb els fills. Malauradament el contrari no sembla cert: a l’estudi de Pedersen, els sentiments positius entre la parella no estan correlacionats amb el grau d’estima dels pares cap als seus fills lactants” (pàg. 33).

Per altra banda, en els estudis sobre **com afecta la paternitat a les relacions de parella**, s’ha observat que “el temps de transició a la paternitat fa pagar peatge a l’adaptació matrimonial. La transició a la paternitat afecta a la qualitat matrimonial” (Ahmad, G., Najam, N. 1998). Perquè “a causa dels fills es produeix un canvi profund en la parella. La parella ja no està tant de temps a soles, ni tan pendents l’un de l’altre, i la dualitat exclusiva es limita i dificulta transitòriament” (Willi, J. 1975 pàg. 45).

Els estudis revisats que parlen d’aquesta relació són, entre d’altres:

- L. Jessner, E. Weigert, J. L. Foy (1970) : “Es presumeix que l’ingrés d’una tercera persona significa transició, conciliació i renúncia tant a la reciprocitat directa com a l’oposició directa. L’arribada del primer fill pot donar lloc al desenvolupament de tres estructures en la dinàmica familiar:
 1. El tercer pot fer de mitjancer entre les baralles dels altres dos membres.
 2. L’autopromoció d’un membre no compromès, a expenses dels altres dos.
 3. El joc del tercer per assegurar-se el poder dels altres dos aplicant el principi *divide et impera*.

Durant l’embaràs, la parella se n’adona de l’existència d’aquestes possibilitats, i algunes d’aquestes configuracions triàdiques ja apareixen abans del naixement del fill/a. El fetus pot convertir-se en un mitjancer que eviti la destrucció de la unitat de la parella o un afrontament ingovernable. La visió anticipada de les possibilitats de

prendre'n part, de què la parella acabi dividida o de què ell/a resulti exclòs o tiranitzat pot pertorbar al futur progenitor. "(pàg. 245).

- S. S. Feldman (1987), arriba a la conclusió que el fet de ser pare afecta tant a la parella com a cadascun dels membres.
- C. P. Cowan i P. A. Cowan (1987), van trobar un 60% de variació en la satisfacció i autoestima matrimonial des de l'embaràs fins als primers mesos de vida del fill, sobre tot quan es creuen els rols (per exemple, les dones fan feines més masculines i els homes més femenines).
- R. A. Schuchts i S. Witkin (1989), van arribar a la conclusió que les parelles que no esperaven tenir estrès amb l'arribada del fill/a, i que tenien pocs recursos, podien arribar a patir més crisis del normal.
- D. Terry (1989), afirma que el nivell d'afectivitat de la parella era més baix als tres mesos de vida del fill/a que durant l'embaràs, i això passava tant als homes com a les dones.
- B. Cramer (1989): "l'arribada del bebè recrea una situació triangular, semblant a la que els pares van conèixer en la seva infància amb els seus propis pares. Es tornen a mobilitzar els sentiments de rivalitat, exclusió, odi. S'assisteix a una nova complicitat mare-bebè amb exclusió del pare. Això provoca l'aparició d'antics retrets: la mare creu veure en el marit la passada indiferència del seu pare. Per la seva part, el marit se sent privat de l'estima de la dona, com abans el seu pare li prohibia la possessió de la seva mare. L'hostilitat creuada debilita el desig sexual, la vida de parella es marceig" (pàg. 152-153).
- C. P. Cowan i P. A. Cowan (1992), arriben a la conclusió de què les expectatives que es creen durant l'embaràs en totes les àrees no solen complir-se, degut a la importància de la vida anterior del subjecte que en aquest moment torna a aparèixer i a determinar moltes de les conductes que es realitzen; i que finalment influencien el desenvolupament del fill/a.
- T. H. Monk, M. Esses i N. A. Snider (1996), afirmen que el naixement de la criatura està associat a una davallada de la qualitat matrimonial, ràbia i depressió al postpart.
- G. Strouk i C. Vilder Bompard (2001): "l'arribada d'un fill és un aprenentatge per la parella. Hi ha moltes coses que pare i mare pensaven que tenien adquirides, que compartien, les grans idees generals, certa filosofia de la vida. Però quan arriba el fill, la parella se n'adona que no tenien la mateixa forma d'entendre la vida, que s'han de

replantegar coses, i les eleccions previstes per un no són les que agraden a l'altre: també és enriquidor. (...). El fet de ser pare significa un canvi personal que influencia a la parella" (pàg. 133).

Però, no tots els autors, ni tots els estudis hi estan d'acord:

- L. Kurdek (1993), al seu estudi comparatiu entre subjectes que tenien fills i subjectes que no en tenien, arriba a la conclusió que la qualitat matrimonial baixa amb els anys, es tinguin o no fills/es, i al grup de pares també baixava el temps que es dedica a realitzar activitats conjunes.
- V. Hidalgo (1998) afirma: "és cert que l'arribada d'un fill modifica les activitats compartides pels dos membres de la parella i sol comportar canvis en la distribució de rols, però pel que fa a la qualitat de la relació de parella els canvis són petits i sol observar-se una important estabilitat en l'evolució de cada parella" (pàg.167).

De totes formes, "l'embaràs i el naixement, sobretot del primer fill de la parella, és una altra fase durant la qual s'hauria d'incentivar expressament el procés empàtic a la parella. Abans de la concepció i en els primers estadis d'un embaràs, l'actitud de la parella sol ser d'optimisme i de felicitat impertorbable. A mida que progressa, hi ha malestars físics i un augment d'incerteses per als dos progenitors. Pors a una disminució de l'activitat sexual, la preocupació de què el fill sigui normal, angoixes pel paper del pare i les seves exigències, són sentiments típics" (Paul, N. 1970 pàg. 352).

Però, també s'observa que hi ha un augment de suport emocional de l'home cap a la seva dona, "els marits es mostren més comprensius i conciliadors durant l'embaràs, però la gravidesa no és una panacea per als matrimonis mals avinguts, el suport emocional proporcionat pel marit tornava al nivell anterior de l'embaràs cap al quart mes després del part" (Parke, R. 1981 pàg. 41).

- **Canvis en les relacions sexuals.**

Els diferents estudis afirmen que durant l'embaràs, el desig de l'home igual pot augmentar com disminuir.

Segons Bittman i Zalic "les pautes de comportament sexual varien durant l'embaràs. Alguns homes experimenten un augment d'atracció sexual cap a les seves dones embarassades, altres, en canvi, manifesten menys interès. Mentre que els desitjos sexuals

de la dona poden variar durant l'embaràs" (Parke, 1981 pàg. 40), però Masters i Johnson (1966) ja afirmaven que "durant l'embaràs, especialment en el primer, hi ha una disminució de l'activitat sexual, i expliquen que 31 de 79 homes van cessar l'activitat sexual, encara que van descobrir que la majoria de les dones embarassades experimenten un augment de desig sexual al voltant del cinquè mes" (Richman, J. 1982 pàg. 98).

Els motius que donen els autors per a la disminució de l'activitat sexual durant l'embaràs són, principalment:

- Por de fer mal al fetus i a la dona.
- Inhibició davant la intimitat física. Els homes poden dir "que no senten res" (Cowan, C. P. i Cowan, P. A. 1990) o que "l'espectacle del protuberant abdomen de la dona actua com un factor dissuasiu de tot desig sexual" (Jessner, L., Weigert, E., i Foy, J. L. 1970 pàg. 237).
- Conflictes edípics: segons C. P. Cowan i P. A. Cowan (1990) als homes "els hi sembla estrany fer l'amor ara que és mare" (pàg. 114); o Liebenberg (1969): "l'home inconscientment recorda els sentiments edípics al voltant de la seva mare, i sent que aquesta intimitat sexual podria ser una mena d'incest" (Robinson, B. i Barret, R. 1983 pàg. 28).
- La manca d'atractiu de la dona o el seu malestar durant l'embaràs.
- També pot aparèixer l'abstinència com a sacrifici que fa el pare de forma deliberada per a contribuir a què el part sigui fàcil, fet que pot estar reforçat per les tècniques mèdiques (Richman, J. 1982).

I els motius que, segons els autors, explicarien l'augment de l'activitat sexual són:

- Desig d'aconseguir més apropament amb la dona, en vistes a contrarestar la imminent aparició d'un intrús en la unió conjugal.
- Expressió de renovar la intimitat.

T. Brazelton i B. Cramer (1990) parlen d'un estudi realitzat per James Herzog (1982) que divideix als futurs pares en dos grups: "Els d'un grup reconeixen els seus sentiments respecte a l'arribada del primer fill mostrant-se comprensius i sol·lícits amb les seves dones. L'altre grup estava format pels futurs pares que demostraven tenir poca consciència dels seus sentiments. Els homes 'solidaris' se sentien impulsats, cap al final del primer trimestre de l'embaràs a alimentar –en la

seva fantasia- la mare i el fetus. Imaginaven el fet de fer l'amor com una forma d'alimentar la dona embarassada i, d'alguna forma, també el fetus en creixement. Els homes menys solidaris es queixaven de què les seves necessitats sexuals no estaven sent satisfetes. Deien coses com: 'Tinc una constant avidesa sexual', amb el que delataven el seu propi desig de ser alimentats, en competència amb el fetus. Els futurs pares es dividien, doncs, entre els que alimentaven les seves dones i, els que se sentien decebuts per no ser alimentats ells mateixos i estaven gelosos de la seva dona i del fill" (Brazelton, T., Cramer, B. 1990 pàg 69-70).

- Control gelós de la dona.
- Enveja de la creativitat femenina.

Mentre que les conclusions a les que s'arriben després d'haver tingut la criatura són, per exemple, les de M. Dixon, N. Booth i Powell (2000), que fan un estudi sobre la freqüència i la qualitat de les relacions sexuals de la parella abans de l'embaràs i al cap de 8 mesos d'haver nascut la criatura. Els resultats que obtenen és que hi ha una disminució significativa del nombre de relacions sexuals als 8 mesos de vida de la criatura, amb l'afegit que la qualitat d'aquestes relacions disminueix significativament. Encara que hi ha una dada a tenir en compte, i és que decreixen tant si han tingut el primer o el segon fill, i que en les relacions sexuals després del segon fill no quedava alterada la qualitat.

O sigui, "Després del naixement els pares han de redescobrir la seva pròpia sexualitat. La relació sexual s'havia interromput i canviat, la mare redescobrirà el seu propi cos i el que li agrada o no, durant un temps; els homes s'han de redescobrir com a homes i com a pares en referència al que ha canviat la relació amb la mare" (Trowell, J. 2002 pàg 13).

- Temps lliure.

Diferents estudis troben que les activitats de lleure que realitzaven abans junts l'home i la dona (tant dins de casa com fora) disminueixen després del naixement del fill/a.

Per exemple, T. H. Monk, M. Esses i N. A. Snider (1996), van observar que hi ha una reducció del temps amb la parella d'un 80%.

- Distribució de rols i divisió de feines.

Després del naixement del fill/a, diferents estudis afirmen que tant l'home com la dona continuen realitzant els rols típics del seu sexe. I encara que durant l'embaràs afirmen que compartiran les tasques de casa o la cura del fill/a, un cop ha nascut la criatura, això no es compleix, fet que causa malestar en les relacions de parella.

- J. Belsky, R. M. Lerner i B. Spanier (1984), han trobat una conseqüència inesperada de la transició a la paternitat: els rols de les feines de casa es tradicionalitzen, i mentre les dones augmenten les responsabilitats femenines, els homes augmenten les masculines.
- C. P. Cowan i P. A. Cowan (1992), troben que la divisió de la responsabilitat en la cura del fill/a és la causa principal de les discussions de parella, com també de la gran discrepància entre les expectatives que existeixen durant l'embaràs i el que passa realment, un cop ha nascut la criatura. Per exemple: pensen que participaran molt en la cura del fill/a, i després no ho fan.
- C. P. Cowan i P. A. Cowan (1992), continuant l'estudi esmentat, creuen que les causes són:
 - Dificultat d'oblidar que és cosa de dones tenir cura dels fills.
 - Major competència de les dones des d'un principi.
 - El "ball matrimonial" tendeix a desencoratjar als homes de la participació activa en la cura del fill.
 - Els propis pares de l'home no accepten que el seu fill cuidi de la criatura.
 - L'economia de treball i la manca de gent qualificada per a cuidar nens impulsa als pares a treballar i a les mares a quedar-se a casa mentre els nens són petits.

I conclouen: "els resultats d'estudis recents, incloent el nostre, mostren que les parelles quan esdevenen pares sostenen teories sobre la igualtat del treball i de les funcions familiars amb més convicció que les que van tenir els seus pares. Però en realitat, les feines de casa i la cura del nadó es comparteixen menys del que ells esperaven; els conflictes i desacords són més grans després del naixement i s'accentua la desil·lusió sobre les seves relacions com a parella" (pàg. 12).

- M. Menendez (1993) diu: "Avui en dia és difícil trobar aquest tipus de pare-hoste entre els joves. I això respon fonamentalment a dos raons: per un costat, les exigències de la pròpia societat que necessita que la dona s'incorpori al treball; i per altra banda, perquè són cada cop més els pares que assumeixen el paper no com una càrrega horrible, sinó com un privilegi (...). Malgrat això, el pes de la casa i l'educació dels fills continua

caient sobre la dona. La majoria dels pares pensen que és el seu terreny. I a més, encara els hi costa reconèixer la seva participació públicament: com si tinguessin vergonya de fer una cosa “contranatural”, i és que el pes de l’educació és molt gran en aquest sentit (...). En una enquesta realitzada per l’Institut de la Dóna al 1987 entre 1.405 homes, un 40% va declarar no cuidar mai els fills; un 44% fer-ho a vegades; un 12%, fer-ho gairebé sempre, i un 4% sempre” (pàg. 17-18).

- V. Hidalgo (1998) afirma: “encara que s’observa gran estabilitat intraindividual, en termes generals, l’accés a la paternitat sol comportar una accentuació del caràcter estereotipat dels rols de gènere (Palcowitz i Copes, 1988). En concret, les dones solen ser les que canvien més, experimentant una important accentuació del rol femení, arran de convertir-se en mares el que sembla contribuir a una distribució de rols més tradicional en la parella” (pàg. 167).
- B. Anguera (1999), la dona quan comença a treballar fora de casa, busca que el seu marit l’ajudi en les feines de casa, i cita a Rojas Marcos (1994) que afirma que el ressentiment que té la dona cap a l’home es basa en aquesta manca d’ajuda en les feines de la casa, en la cura del fill/a, i en la convicció que els homes estan més pendents de la feina i d’ells mateixos.

Seguint a L. Rojas Marcos (1994) cita els resultats que obté E. Sullerot (1992) en una enquesta amb nois joves, on només el 7% pensa que quan el fill és petit és només la mare que pot encarregar-se’n, davant del 93% que pensen que han de ser pare i mare els que ho facin.

- R. Jiménez (2000) al diari “La Vanguardia” parla d’un treball d’investigació realitzat per Help Me, on es descobreix que els pares s’interessen pels fills/es, molt menys que les mares. I això passa sobretot en països llatins, mentre que la situació canvia en els països del Nord d’Europa. “Els pares calvinistes o protestants representen un model a seguir pel que fa a l’atenció als fills/es”. Afirmar que la causa cal buscar-la en la pròpia dona, que s’encarrega tant de la cura com de l’educació dels seus fills/es.
- J. Corbella (2000), al diari “Avui”, afirma “és ben cert que els homes han de canviar, encara moltes de les seves actituds a la llar i, sobretot, s’han d’incorporar de manera més contundent a l’atenció als fills”.
- C. A. McVeigh, M. Baafi i M. Williamson (2002) en un estudi descriptiu i correlacional a Austràlia, amb subjectes que tenen fills de 6 mesos, conclouen que és l’edat, el nombre de fills i la satisfacció amb la paternitat que correlacionava amb

l'estatus funcional de pare. Però que encara que els pares mantinguessin el seu nivell de participació en les feines de casa després del naixement, eren pocs els que l'augmentaven.

- A. Agulló (2003), al diari gratuït "20 minutos" afirma que "les baixes per paternitat van augmentar un 21,3% al 2.002, fins a les 3.312" (pàg. 6). I continua explicant que l'any 2001 se'n van agafar 2729; i l'any 2000 en van ser 1.875. Molt poques, sent que la llei de Conciliació de la Vida Familiar i Laboral va aparèixer al novembre de 1999, on les 16 setmanes de baixa que té dret la mare, el pare pot agafar o repartir-se amb ella les darreres 10 setmanes, ja que les 6 primeres la mare en té tot el dret.
- C. Giró (2005), al "Magazine" de "La Vanguardia" del dia 6 de febrer, parla de l'estudi de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, publicat a l'"European Journal of Public Health" i coordinat per Lucía Artacoz, on observa que a mesura que augmenten les responsabilitats de la família, l'home participa menys en les feines de casa, i es dedica més a la feina. I afirma: "A mesura que la família augmenta (amb naixement de fills o amb persones grans a càrrec), la implicació masculina en les feines de casa i en les responsabilitats familiars disminueix. A més, segons creix el nombre de persones de la família, baixa el nombre d'hores remunerades per part de la dona. En canvi, en l'home succeeix el contrari: a l'augmentar les responsabilitats familiars, l'home s'implica més en la feina remunerada, i la dona en les tasques domèstiques" (pàg.70).

O sigui, des de finals del segle passat fins ara, les coses han canviat poc: les dones quan tenen una criatura, treballin o no fora de casa, són les que s'encarreguen principalment de la seva cura; mentre que els homes es dediquen més a la seva feina remunerada. Però realment l'home s'implica menys, o és la dona que no el deixa implicar? Hem sentit dir moltes vegades, a la mare, quan la criatura plora en braços del pare "deixa-me'l que tu no en saps!". O en converses entre mares que quan el pare renya a la criatura, ella surt a defensar al fill/a, no al pare. I fins i tot quan la mare treballa, però està de vacances, i el pare és l'encarregat de portar la criatura a la llar d'infants o a l'escola, ella s'amaga per veure si el marit ho fa bé i sinó sortir en "salvació" del fill/a. Llavors ens podem preguntar, ¿és l'home el que no vol, o no pot perquè la pròpia dona no se'n refia de què pugui ser un bon pare? Aleshores, si fer-se càrrec del fill/a ja és prou complicat, ¿per què a més ha de carregar amb els dubtes i recances de la pròpia dona? Realment, ¿no és millor que ho faci ella si tant en sap i que ell es dediqui a portar els diners a casa, que és el que sempre ha fet, i sembla que ningú dubta de la seva capacitat?

Com veiem, el tema és complicat, i hem de deixar passar el temps per veure com evoluciona. Ja que l'observació directa de cada dia ens fa veure que cada cop hi ha més pares que s'encarreguen dels fills, els porten a l'escola o els passen a recollir o van a demanar informació al centre on volen portar la criatura (sols o acompanyats de la parella), passegen els fills/es o van a comprar amb ells/es, etcètera.

3. ESTUDI EMPÍRIC.

3.1. METODOLOGIA.

Per poder seleccionar el mètode més adient, vam realitzar diferents revisions bibliogràfiques que ens permetessin tenir una visió àmplia sobre el que s'havia fet.

Una opció era l'entrevista lliure, amb preguntes als subjectes sobre com se sentien físicament i psicològicament, com estaven canviant els seus hàbits i les seves relacions tant amb la parella com amb la família i els amics, etcètera. Aquesta tècnica tenia l'inconvenient de no poder sistematitzar correctament les informacions rebudes, i era molt més llarga que cenyir-se a un qüestionari i analitzar les dades obtingudes.

L'altra opció era utilitzar un qüestionari, que abastés totes les dades que intentàvem esbrinar i que estès validat: no el vam trobar.

Llavors, basant-nos en el treball de G. Mendes (2000), dirigit per la Dra. Mercè Mitjavila, vam decidir elaborar un qüestionari que s'adigués a les nostres necessitats amb diferents modificacions per adaptar-lo a aquest estudi.

Les adaptacions es van basar tant en les diferents lectures realitzades, com en altres instruments d'avaluació: V. Pelechano (1981), l'Entrevista R, (1989) i els de MacKay, (1985) i Serrat, C. (1980), aquests dos darrers extrets de J. Tizón, San-José, J., i Nadal, D. (1997).

Com que érem conscients de què el fet de passar un qüestionari (no validat) feia perdre matisos a les respostes, que ens responguessin el que esperàvem que diguessin, i que per tant les respostes no tinguessin res a veure amb la realitat, etcètera, vam decidir passar a més l'EADG, qüestionari validat l'any 1993, que es presenta amb un valor predictiu elevat, i que es considera un indicador important d'estats d'ansietat, depressió i d'aquests dos estats alhora.

3.2. INSTRUMENTS.

Consisteix en l'administració de tres qüestionaris específics per aquesta investigació, basats, com hem dit anteriorment, en el treball de G. Mendes (2000), de V. Pelechano (1981), l'Entrevista R (Stern, D., i cols. 1989), i els de MacKay, (1985) i Serrat, C. (1980) , i l'Escala d'Ansietat i Depressió de Goldberg (EADG), amb una durada mínima de 30 minuts i màxima de 60 minuts.

Els qüestionaris específics intenten abastar els canvis que s'observen en l'home tant individualment com en relació amb l'entorn, mentre la seva parella està embarassada i ell s'està preparant per ser pare, quan el fill/a té 3 mesos; i quan té 12 mesos.

Les preguntes que formen aquests qüestionaris són tant de tipus obert com tancat. Encara que predominen les de tipus tancat tant amb respostes dicotòmiques (si-no) com múltiples (més de dues). A més, a cada ítem, s'oferia la possibilitat de contestar altres respostes (Altres) o d'explicar la seva resposta (Perquè?), opcions que ja apareixien al test original (G. Mendes, 2000).

Les preguntes de tipus obert eren dedicades a què el subjecte pogués explicar sensacions, idees i actes, sense sentir-se coaccionat per respostes pre-establertes, per intentar compensar la falta d'una entrevista directa.

Els ítems de selecció múltiple es dividien en dos grups:

- Els que feien referència a adjectius, que es van agrupar en descriptors positius i negatius.
- Els que feien referència a comparacions entre una etapa i una altra de l'estudi, per exemple entre abans i durant l'embaràs. Aquestes respostes que eren: més-menys-igual, es valoraven per a fer una anàlisi de dades general, de la següent forma:
 - Sí (quan contestava “sí” a la primera etapa de l'estudi i “més” , “menys” o “igual” a l'etapa immediata que s'estava comparant).
 - Sí (quan contestava “no” a la primera etapa de l'estudi i “més” o “menys” a l'etapa immediata que s'estava comparant).

- No (quan contestava “no” a la primera etapa de l’estudi i “igual” a l’etapa immediata que s’estava comparant).

- Mentre que quan s’analitzava millor-pitjor-igual, també es feia de forma dicotòmica (sí-no), de la següent forma:
 - Sí (quan afirmava igual, i abans havia contestat que tenia problemes).
 - Sí (quan afirmava pitjor i abans havia contestat que no tenia problemes).
 - Sí (quan afirmava pitjor i abans havia contestat que tenia problemes).
 - Sí (quan afirmava millor i abans havia contestat que tenia problemes).
 - No (quan afirmava igual i abans havia contestat que no tenia problemes).
 - No (quan afirmava millor i abans havia contestat que no tenia problemes).

El fet d’emprar l’Escala d’Ansietat i Depressió de Golberg (EADG) es deu a què, com afirmen els seus autors, és un test breu, senzill, que permet discriminar entre ansietat i depressió. A més, és un indicador de prevalença de morbiditat més freqüent, afectiu/emocional, angoixa/ansietat, depressió o estats mixtes. I el fet que aquesta morbiditat es presenti somatitzada no és cap obstacle.

El “Grupo de Trabajo de Zaragoza” (1993), va emprar-lo per l’“Estudio de Morbilidad Psíquica y Psicossomática (GZEMPP), sección de Atención Primaria”, basant-se en el manual “*Screening de trastornos psicicos en la práctica médica*” (A. Lobo, 1987), elaborat a partir del *General Health Questionnaire* ó *GHQ-28 Items* i del *Mini-Examen Cognoscitivo*.

Els ítems de l’EADG s’han obtingut de l’entrevista psiquiàtrica *Psychiatric Assessment Shedule* (PAS), versió abreujada del *Present Sate Examination* (PSE), on es van incloure ítems per permetre el diagnòstic amb el DSM-III.

Aquest qüestionari s’ha validat l’any 1993, amb una mostra de 1.559 subjectes, agafats aleatòriament de 8 centres o consultoris, fent-ne un “screening en dues-fases”, amb instruments estandarditzats i entrevista original, investigadors personalment “estandarditzats”, fet que permet que els resultats siguin generalitzables.

Està format per dues subescales (ansietat i depressió), amb 9 ítems cadascuna. Tant l’escala d’ansietat com la de depressió tenen 4 preguntes obligades i 5 d’opcionals. Les preguntes opcionals de cada subescala s’han de respondre, com les obligades, amb un sí ó

un no; i dependrà de si a l'escala d'ansietat es responen 2 o més sí, i a la de depressió 1 o més sí, que caldrà respondre les preguntes opcionals.

La puntuació s'obté donant un punt a cada sí, i sumant els punts obtinguts a cada subescala per separat.

Els talls que s'han establert per a la versió espanyola, per saber si un subjecte és “cas probable” són: puntuar 4 punts o més a l'escala d'ansietat (“probable ansietat”), i 2 punts o més a la de depressió (“probable depressió”). Així es considera que un subjecte és “cas probable” de malestar psíquic significatiu, si puntua per sobre d'aquests talls en qualsevol de les dues subescales o en totes dues. Encara que l'especificitat de la prova pot millorar si s'agafa com a tall 5 o més punts per ansietat i 3 o més punts per depressió.

Té un valor predictiu positiu elevat que, segons els autors, podria aproximar-se al 75%.

Però, com també adverteixen els autors, té les seves limitacions, perquè no diagnòstica sinó que facilita l'orientació diagnòstica, i ens podem trobar amb subjectes que siguin “falsos positius” (malalties greus, dolor, problemàtica social greu, estrès o adversitats recents, etcètera) o “falsos negatius” (trastorns crònics, personalitats anormals, conductes de negació, etcètera).

De totes formes, després d'analitzar aquestes limitacions, vam decidir emprar-lo igualment perquè les dades que ens oferiria eren suficientment vàlides pel nostre estudi: els mateixos autors suggereixen que l'EADG es pot aplicar a pacients amb factors de risc.

Els talls que vam emprar, van ser 4 punts o més, per acceptar si un subjecte era “cas probable d'ansietat” i de 2 punts per acceptar que un subjecte fos “cas probable de depressió”. I els subjectes que cataloguem com a EADG Total, són els que ens han donat en tots dos apartats “cas probable”.

L'Escala d'Ansietat i Depressió de Goldberg s'administrava després d'aquest qüestionari.

Els qüestionaris específics seguien el següent cronograma:

- I. QÜESTIONARI 1 i EADG (durant l'embaràs).
- II. QÜESTIONARI 2 i EADG (quan el fill/a té tres mesos).
- III. QÜESTIONARI 3 i EADG (quan el fill/a té 12 mesos).

El QÜESTIONARI 1 està dividit en les següents parts:

1. Aspectes generals relacionats amb l'embaràs.

Aquest apartat està format per 11 preguntes tant del tipus tancat com obert.

Amb aquestes preguntes intentem esbrinar quines són les causes que van portar al subjecte a ser un futur pare, la informació que ha obtingut durant aquest temps sobre la seva participació en l'embaràs i el part, i d'on l'ha tret; quina és la seva relació amb les xarxes socials encarregades de l'embaràs (ginecòleg i ecografies) i quins sentiments li desperten aquestes; quins sentiments li ha despertat el fet de saber que ha de ser pare i finalment la reacció de la família a l'embaràs.

- Motivació per a ser pare.
- Informació sobre la participació de l'home durant l'embaràs i el part.
- Relació amb el/la ginecòleg/a.
- Assistència a les ecografies i sentiments que aquestes han despertat.
- Sentiments que es van despertar quan va saber que la seva parella estava embarassada, i els que té actualment.
- Reacció de la família davant de l'embaràs.
- Assegurança de vida.
- Realització de compres impulsives.

2. Trastorns i alteracions: abans i durant l'embaràs.

Aquest apartat està format per 11 preguntes tancades, que fan referència a:

- Trastorns físics en la dona i l'home.
- Trastorns psicològics en la dona i l'home.
- Canvi d'hàbits en la dona i l'home.
- Canvis físics en l'home durant l'embaràs de la dona.

Aquests ítems intenten comparar, des del punt de vista de l'home, els canvis físics, psicològics i d'hàbits produïts a la dona per l'embaràs, i els seus propis canvis en aquests aspectes. Se li pregunta específicament a l'home com viu els canvis de la dona i si li ha sobrevingut algun trastorn greu.

3. Aspectes relacionats amb la parella.

Aquest apartat consta de 7 preguntes del tipus obert i tancat, que intenten esbrinar com era la relació de la parella abans de l'embaràs i com és actualment, quins aspectes de la dona embarassada li agradaria tenir a ell i, finalment, si creu que el fet de ser pare o de ser mare canviarà la seva identitat.

- Com creu que ajuda a la seva parella.
- Quina era la relació de la parella en quant a afecte, convivència, ajuda mútua, sexualitat, comunicació i temps per realitzar activitats conjuntes, abans i durant l'embaràs.
- Quines sensacions de la seva parella li agradaria sentir.
- Si creu que la maternitat/paternitat canvia la identitat de la dona/home.
- Adaptació als canvis de la parella.
- Sentiments d'exclusió de l'home davant de l'embaràs. I, en conseqüència, canvis de conducta.

4. Aspectes relacionats amb el suport familiar i social.

Consta aquest apartat només d'una pregunta tancada: de quines persones creu l'home que necessita més suport emocional, n'entén més la conducta, hi té més contacte, hi té una relació més positiva o negativa.

5. Aspectes relacionats amb la vida social i laboral.

L'única pregunta d'aquest apartat és tancada i, intenta esbrinar les expectatives de l'home respecte a la seva vida social i laboral.

6. Aspectes relacionats amb el part.

Aquest apartat està format per una pregunta tancada, que investiga quines són les pors i les expectatives de l'home al moment del part de la dona.

7. Aspectes relacionats amb el bebè.

Per estudiar com l'home s'imagina al seu futur fill/a, què s'imagina que en farà, i si hi somnia, hem disposat les 5 preguntes obertes d'aquest apartat. A més, hem inclòs una pregunta sobre altres somnis de l'home, sense relació aparent amb l'embaràs, perquè aquests somnis poden ser manifestacions de l'inconscient sobre la situació actual del subjecte.

8. Aspectes relacionats amb les representacions del futur pare.

Aquest apartat consta de 3 preguntes, dues d'elles són tancades i la darrera oberta: quines representacions tenen els futurs pares dels seus propis pares, i com creuen que seran com a pares.

També es pregunta si tenen més records de la seva infància, perquè aquests records poden ser indicadors significatius de les futures relacions i aspiracions que els nous pares tindran sobre els seus fills/es.

9. E. A. D. G. (ESCALA D'ANSIETAT I DEPRESSIÓ DE GOLDBERG).

EL QÜESTIONARI 2, està dividit en:

1. Aspectes generals relacionats amb el part.

Està format per 11 preguntes tant de tipus tancat com obert.

Ens interessa saber com va anar el part, quins sentiments van despertar-se en el subjecte, i com hi va participar, en el cas d'haver-hi assistit. Si no hi va ser, també s'intenta saber quines van ser les causes i els sentiments que se li van despertar.

2. Trastorns i alteracions als tres mesos de vida del fill/a.

Format per 6 preguntes tancades, que fan referència a:

- Trastorns físics en l'home.
- Trastorns psicològics en l'home.
- Canvi d'hàbits en l'home.
- Canvis físics en l'home a partir del naixement del fill/a.

Aquests ítems comparen els canvis físics, psicològics i d'hàbits que creu l'home que ha patit. Són preguntes dedicades exclusivament al pare que, a més, intenten esbrinar si ha patit algun trastorn greu.

3. Aspectes relacionats amb el bebè.

Per intentar estudiar com l'home viu l'arribada del seu fill/a, com se sent i quins sentiments li desperta el seu fill/a, fem, en aquest apartat, dues preguntes obertes i una de tancada. Les dues preguntes obertes s'encaminen a saber si el nadó respon a les expectatives que esperaven els subjectes.

4. Aspectes relacionats amb la parella.

Consta de 6 preguntes del tipus obert i tancat, per intentar saber quina és actualment la seva relació de parella, quins aspectes de la relació de la dona amb el fill/a li agradaria tenir, i si creu que el fet de ser pare o de ser mare canvia la identitat.

- Com és la relació de la parella en quant a afecte, convivència, ajuda mútua, sexualitat, comunicació i temps per realitzar activitats conjunes.

- Quines sensacions que té la seva parella li agradaria sentir.
- Creu que la maternitat/paternitat, canvia la identitat de la dona/home?
- Adaptació als canvis de la parella.

5. Aspectes relacionats amb el suport familiar i social.

Aquest apartat està format per dues preguntes tancades on intentem esbrinar de quines persones l'home necessita més suport emocional, n'entén més la conducta, hi té més contacte, hi té una relació més positiva o negativa; i els canvis socials que li ha comportat el nou fill/a.

6. Aspectes relacionats amb la vida social i laboral.

L'única pregunta tancada d'aquest apartat intenta escatir els canvis de l'home respecte a la seva vida social i laboral.

7. Aspectes relacionats amb el pare.

Aquest apartat consta de 5 preguntes tancades, on intentem esbrinar com se sent l'home i com creu que és com a pare. També se li pregunta si té més records de la seva infància, perquè aquests records poden ser indicadors significatius de les futures relacions i aspiracions que aquests nous pares tindran amb els seus fills/es.

8. E. A. D. G. (ESCALA D'ANSIETAT I DEPRESSIÓ DE GOLDBERG).

EL QÜESTIONARI 3, està dividit en les següents parts:

1. Trastorns i alteracions.

Format per 6 preguntes tancades, que fan referència a:

- Trastorns físics en l'home.
- Trastorns psicològics en l'home.
- Canvi d'hàbits en l'home.
- Canvis físics en l'home.

Aquests ítems intenten esbrinar com se sent l'home físicament i psicològicament, i quins hàbits ha canviat. A més se li pregunta si ha patit algun trastorn greu.

2. Aspectes relacionats amb el bebè.

Per estudiar com l'home viu el seu fill/a, com se sent i quins sentiments li desperta, hem formulat dues preguntes obertes i una de tancada.

Les dues preguntes obertes s'encaminen a saber si el nadó respon a les expectatives imaginades pels pares durant l'embaràs.

3. Aspectes relacionats amb la parella.

Consta de 6 preguntes del tipus obert i tancat, que intenten esbrinar quina és la relació de la parella actualment, quins aspectes de la dona amb el seu fill/a li agradaria tenir a l'home i, finalment, si creu que el fet de ser pare o de ser mare pot canviar la seva identitat.

- Quina és la seva relació de parella en quant a afecte, convivència, ajuda mútua, sexualitat, comunicació i temps per realitzar activitats conjuntes, abans i durant l'embaràs.
- Quines sensacions de les que té la seva parella li agradaria sentir.
- Si creu que la maternitat/paternitat canvia la identitat de la dona/home.

4. Aspectes relacionats amb la vida social i laboral.

L'única pregunta tancada d'aquest apartat intenta escatir els canvis de l'home respecte a la seva vida social i laboral.

5. Aspectes relacionats amb el suport familiar i social.

Consta aquest apartat de dues preguntes tancades on intentem esbrinar de qui creu l'home que necessita més suport emocional, n'entén més la conducta, hi té més contacte, hi té una relació més positiva o negativa; i els canvis socials que li ha causat el nou fill/a.

6. Aspectes relacionats amb el pare.

Aquest apartat, consta de 7 preguntes, tancades i obertes, per saber com se sent el pare i els canvis personals que la paternitat li han significat.

També se li pregunta si es considera el pare que voldria haver estat i perquè.

Finalment se li pregunta sobre si té més records de la seva infància, per saber l'evolució d'aquests records durant un any.

8. E. A. D. G. (ESCALA D'ANSIETAT I DEPRESSIÓ DE GOLDBERG).

3.3. SUBJECTES:

3.3.1. Criteris de selecció dels subjectes:

Hi van participar 62 futurs pares, amb les següents condicions:

- Havien de ser futurs pares. No es va considerar ni l'edat ni si tenien més criatures, ni el trimestre de l'embaràs en què es trobava la seva parella, perquè com afirmen diferents autors, en cada embaràs i en cada fill/a, encara que sigui de forma diferent, tant l'home com la dona reviu en inconscientment aspectes del propi desenvolupament, i poden desenvolupar canvis en qualsevol trimestre de l'embaràs.
- Que fossin residents a Barcelona i visquessin a barris de característiques socio-econòmiques semblants, perquè com hem vist a l'apartat teòric, l'entorn social influeix en el funcionament familiar.
- Que convivissin amb la seva parella (ja fossin casats o amb convivència de parella estable).

Es van desestimar:

- Un subjecte que després de convenir una cita, va trucar per dir que acabava de ser pare.
- Un subjecte a la parella embarassada del qual se li va diagnosticar toxoplasmosi.
- Un subjecte que vivia fora de Barcelona, malgrat l'interès de la seva parella per l'estudi.
- Els pares de la Llar d'Infants que esperaven el segon fill/a, però que el primer l'abandonava aquell any i que, per tant, faria difícil de resseguir l'estudi.

3.3.1. Característiques socio-culturals dels subjectes.

- 62 subjectes.
- Nombre de fills/es:
 - Esperen el primer fill/a (FC): 32 subjectes (51,6%).
 - Ja tenen més fills/es (OC): 30 subjectes (48,4%).

Taula 1: Característiques socio-culturals dels subjectes:

SES	Estudis	Viuen els seus propis pares?	Estat civil	Anys de parella	Moment de l'embaràs	Edat	Respostes en cada fase
19 IV 43 III	7 Primaris 26 Mitjos 29 Superiors	47 Si 15 No -2, Tots dos pares morts, -12 El pare mort -1 La mare morta	50 Casats 3 Matrimoni consecutiu 9 Convivència de parella	36 De 5 anys 23 De 6 a 10 3 De més de 10 anys	1 Al primer trimestre 26 Al segon 35 Al tercer	27-46 Anys +45 Anys: 4 subjectes 40-45 Anys: 10 subjectes 35-40: 24 Subjectes 30 A 35 anys: 19 subjectes Menys de 30 anys: 5 subjectes	IGG: 62 IIGG: 59 IIIGG: 50 I FC: 32 IOC: 30 IIFC: 32 IIOC: 27 IIIFC: 26 IIIOC: 24

GG: tot el grup (FC+ OC).

FC: subjectes que esperen/tenen el primer fill/a.

OC: subjectes que ja tenen altres fills/es i n'esperen un altre.

- Subjectes perduts als 3 mesos de vida de la criatura:
 - Tenen el primer fill/a (FC): 0 subjectes.
 - Ja tenien més fills/es (OC): 3 subjectes (4,8% perduts de GG; 10% perduts de la mostra OC).
 - Total mostra (GG): 59 subjectes (4,8% perduts de la mostra GG).
- Subjectes perduts als 12 mesos de vida de la criatura:
 - Tenen el primer fill/a (FC): 6 subjectes (9,7% de la mostra GG; 18,75% de la mostra FC).
 - Ja tenien més fills/es (OC): 6 subjectes (3 subjectes perduts als 3m de vida de la criatura; 10% perduts de la mostra GG; 20% perduts de la mostra OC).
 - Total mostra (GG): 50 subjectes (S'ha perdut el 19% de mostra GG).

- La causa de la pèrdua de subjectes va ser la impossibilitat de localitzar-los, o que havien marxat a viure fora de Barcelona.

3.4. FASES DE L'ESTUDI.

La demanda es va realitzar a futures mares que assistien a dos centres de preparació al part de Barcelona, i que portaven els seus fills/es a una llar d'infants de Barcelona, ja que eren elles les que assisteixen als centres de preparació al part i les que majoritàriament, portaven els nens a la llar d'infants.

Posteriorment, la investigadora es posava en contacte amb el futur pare, i concretaven dia, hora i lloc que li fos avinent (llar d'infants, centre de preparació al part on assistia la parella, casa del subjecte) per realitzar l'entrevista.

Els qüestionaris específics s'administraven individualment i s'intentava resoldre els dubtes que se li plantejessin al subjecte. Un cop enllestit el qüestionari s'administrava l'Escala d'Ansietat i Depressió de Goldberg.

L'estudi es va portar a terme en sis fases:

- 1^a fase: a mida que s'anava elaborant el primer qüestionari, vam posar-nos en contacte amb la llar d'infants i els dos centres privats de preparació al part, per explicar-los en què consistia el nostre estudi, i quines eren les nostres hipòtesis i objectius. Tots tres centres van acceptar participar-hi.

Eren els centres els que plantejaven l'estudi a les futures mares i, posteriorment, quan aquestes confirmaven l'acceptació de l'home, se l'informava i, si ratificava la seva participació, s'acordava lloc, dia i hora per passar el primer qüestionari.

Les passacions d'aquest primer qüestionari es realitzaven tant a la llar d'infants i al centre de preparació al part com a casa del futur pare.

Gairebé tots els subjectes contactats van participar en l'estudi, encara que, com hem vist, n'hi va haver de desestimats per diferents causes (perquè ja havia nascut la criatura, per causes personals, o per problemes durant l'embaràs).

- 2^a fase: Primera administració del qüestionari específic durant l'embaràs per aquesta investigació i administració de l'EADG.

A la primera trobada amb el futur pare se'l tornava a informar sobre l'estudi, i com havia d'omplir el primer qüestionari. L'informàvem també que podia comentar qualsevol dubte que tingués, i que intentaríem resoldre'l.

Un cop el subjecte ens entregava el qüestionari omplert, l'entrevistador li passava l'EADG.

Cal adonar-se que aquesta passació del primer qüestionari s'ha anat realitzant al llarg de l'estudi amb subjectes successius, fet que ha provocat que les cinc fases de l'enquesta s'anessin barrejant. Però tots els subjectes han passat per les mateixes fases.

- 3^a fase: Elaboració del segon qüestionari i anàlisi de les dades del primer.
Mentre s'anava passant el primer qüestionari, elaboràvem el segon i analitzàvem les dades obtingudes al primer.
- 4^a fase: Segona administració del qüestionari específic (als 3 mesos de vida de la criatura) per aquesta investigació i segona administració de l'EADG.
Quan es calculava que la criatura dels subjectes que havien passat el primer qüestionari tenia tres mesos, ens tornàvem a posar directament en contacte amb el pare per la passació del segon qüestionari. I tornàvem a fixar dia, hora i lloc per passar-lo. En aquest cas, la majoria de subjectes van preferir passar-lo a casa seva.
Com hem vist, els pocs subjectes que vam perdre havien marxat a viure fora de Barcelona.
Les instruccions que se'ls hi va donar als subjectes van ser les mateixes que per realitzar el primer qüestionari.
A més, en aquesta fase s'elaborava el tercer qüestionari, i analitzàvem les dades obtingudes del segon.
- 5^a fase: Tercera i darrera administració del qüestionari específic (als 12 mesos de vida de la criatura) per aquesta investigació i tercera i darrera administració de l'EADG.
Quan calculàvem que la criatura ja tenia 12 mesos de vida, ens tornàvem a posar en contacte amb el pare, i es procedia de la mateixa forma a la passació del darrer qüestionari.
Al mateix temps, analitzàvem les dades obtingudes dels qüestionaris anteriors.
- 6^a fase: Elaboració i anàlisi de dades del primer, segon i tercer qüestionari.

L'entrevistadora en tots els casos va ser la mateixa persona, que és qui presenta aquest estudi.

En totes les entrevistes, la consigna que se'ls donava als pares era que havien de completar el qüestionari, i que érem allà per intentar resoldre qualsevol dubte que se'ls hi pogués plantejar. Si els subjectes no feien cap comentari, l'entrevistadora tampoc en feia cap. Intentàvem aconseguir que el subjecte se sentís còmode davant de qualsevol pregunta que se li plantegés, i al mateix temps que no se sentís pressionat per respondre d'una forma o d'una altra.

3.5. ELABORACIÓ DELS RESULTATS.

En l'elaboració dels resultats hem elaborat les següents escales, per reduir l'elevat número de variables en una mostra petita, i evitar problemes en l'elaboració estadística de les dades.

1. L'home manifestarà canvis en la vivència del cos, psicològics i psicopatològics, d'hàbits i de relació (de parella i de família nuclear extensa).

- Canvis en la vivència del cos i trastorns físics.

	Abans de l'embaràs	Durant l'embaràs	Als 3 mesos de vida del fill/a	Als 12 mesos de vida del fill/a
Trast. Digestius				
Trast. Musculars				
Trast. Pell				
Trast. Dolors				
Altres Trast.				
Canvis físics	-			
Necessitat serveis sanitaris	-			
Total trast. físics				

Entenent per:

TRASTORNS DIGESTIUS: És la suma de: *marejos, vòmits, problemes digestius, mal d'estómac, estrenyiment, diarrea, úlcera gastrointestinal, llagues a la boca.*

TRASTORNS MUSCULARS: És la suma de: *dolors musculars i mal d'esquena.*

TRASTORNS DE LA PELL: És la suma: *d'al·lèrgies, problemes en la pell, canvi pell, caiguda cabell.*

TRASTORNS DOLOROSOS: És la suma de: *còlics, mal de cap, mal de dents, mals d'oïda, mal d'ulls.*

ALTRES TRASTORNS: És la suma de: *desmaís, febre, taquicàrdies.*

CANVIS FÍSICS: És la suma de: *engreixar-se/aprimar-se, treure's/deixar-se barba/bigoti, canvi en el cabell, canvi en el vestit, tatuatges.*

NECESSITAR SERVEIS SANITARIS: És la suma de: *intervencions quirúrgiques, comentar al metge trastorns.*

TOTAL TRASTORNS FÍSICS: És la suma de: *trastorns digestius, musculars, de la pell, dolorosos, altres trastorns, canvis físics i necessitar serveis sanitaris.*

- Canvis psicològics i psicopatològics.

		Abans de l'embaràs	Durant l'embaràs	Als 3 mesos de vida del fill/a	Als 12 mesos de vida del fill/a
Autoavaluació dels trastorns psicològics					
Com se sent ara	Positiu	-			
	Negatiu	-			
Sensacions agradaria		-			
Canvis identitat home		-			
Records infantesa		-			
Millora personal		-			
Motivació	Personal	-		-	
	Socio-econ.	-		-	
	Parella	-		-	
	Manca motivació	-		-	
EADG (total)		-			
EADG (ansietat)		-			
EADG (depressió)		-			

Entenent com:

AUTOAVALUACIÓ DELS TRASTORNS PSICOLÒGICS: És la suma de: *tics, espantar-se sense motiu, irritabilitat, crisis nervioses, quequesa, peresa, cansament, sensació d'inutilitat, infelicitat, depressió, ansietat, estrès, comprovacions repetides i manca de memòria.*

COM SE SENT ARA:

- ♦ Positiu: És la suma de: *content, tranquil, sorprès, orgullós, encuriós, amb capacitat d'estimar, estimat.*
- ♦ Negatiu: És la suma de: *preocupat, ambivalent, ansiós, enfadat, culpable, frustrat.*

MILLORA PERSONAL: És la suma de: *millora autoestima, més flexible, més organitzat, més responsable.*

MOTIVACIÓ:

- PERSONAL:

Embaràs: És la suma de: *sempre he volgut ser pare, sentir-me complert, continuar la família, per fer el que el meu pare no va fer amb mi, i altres.*

12 mesos: És la suma de: *m'ha agradat l'experiència, m'he sentit complert, i altres.*

- SOCIO-ECONÒMICA:

Embaràs: És la suma de: *tot el món ha de tenir al menys dos fills/es, establerts socio-econòmicament, i altres.*

12 mesos: És la suma de: *tot el món ha de tenir al menys dos fills/es, problemes econòmics, i altres.*

- PARELLA:

Embaràs: són respostes que han donat els subjectes a l'apartat "altres" com: *perquè volíem, perquè ens feia il·lusió, etcètera.*

12 mesos: És la suma de: *a la meva dona li fa il·lusió i altres.*

- MANCA DE MOTIVACIÓ:

Embaràs: És la suma de: *la meva dona va insistir, mai m'havia plantejat ser pare, sempre m'havia negat a ser pare, mai m'ho he plantejat, i altres.*

12 mesos: És la suma de: *no m'ha agradat l'experiència, i altres.*

- EADG (total): És la suma de: *ansietat i depressió.*

- EADG (ansietat): *només ítems ansietat.*

- EADG (depressió): *només ítems depressió.*

- Canvi d'hàbits.

	Abans de l'embaràs	Durant l'embaràs	Als 3 mesos de vida del fill/a	Als 12 mesos de vida del fill/a
Alimentació				
Dormir				
Socials				
Altres hàbits				
Social-Laboral	-			
Total hàbits				

Entenent com:

ALIMENTACIÓ: És la suma de: *rebujos específics, desitjos especials, menjar més/menys* (en relació a abans de l'embaràs)..

DORMIR: És la suma de: *insomni, somnolència, costar aixecar-se al matí, anar a dormir tard/aviat* (en relació a abans de l'embaràs).

SOCIALS: És la suma de: *sortir amb els amics, anar al gimnàs.* (en relació a abans de l'embaràs).

ALTRES: És la suma de: *fumar, beure, menjar-se les ungles, tocar-se els cabells.* (en relació a abans de l'embaràs).

SOCIAL-LABORAL: És la suma de; l'apartat *social-laboral* de cada qüestionari (en relació a abans de l'embaràs).

- Canvis en la relació de parella.

	Abans de l'embaràs	Durant l'embaràs	Als 3 mesos de vida del fill/a	Als 12 mesos de vida del fill/a
Creu que la seva parella no està tant per vostè	-			
Probl. relació parella				
Necessitat parella	-			
Relació negativa	-			
Millora relació	-	-		

Entenent com:

PROBLEMES RELACIÓ PARELLA: És la suma de; *hi ha algun problema en la relació de parella (comunicació, sexualitat, afecte, ajuda, convivència, temps per realitzar activitats conjuntes).*

NECESSITAT PARELLA: És la suma de: *necessitat de suport emocional, entén més la conducta, tenir més contacte, tenir una relació més positiva.*

- Canvis en les relacions amb la família nuclear extensa.

	Durant l'embaràs			Als 3 mesos de vida del fill/a			Als 12 mesos de vida del fill/a		
Reacció positiva									
	Pare	Mare	Altres	Pare	Mare	Altres	Pare	Mare	Altres
Necessitat suport									
Relació negativa									

Entenent com:

REACCIÓ POSITIVA: És la suma de: *la família ha reaccionat positivament davant de l'embaràs, al naixement, i ens ajuda amb el fill/a.*

NECESSITAT DE SUPORT: És la suma de: *necessitat de suport emocional, entén més la conducta, tenir més contacte, tenir una relació més positiva amb els propis pares (pare i mare), o altres (altres familiars, amics, veïns, metges).*

RELACIÓ NEGATIVA: *Tinc una relació més negativa.*

2. L'home des de l'embaràs fins que el fill/a té 12 mesos canviarà les expectatives de com serà com a pare, tant en la seva relació amb el fill/a, com amb la pròpia parella.

Autorepresentació de la paternitat					
			Durant l'embaràs	Als 3 mesos de vida del fill/a	Als 12 mesos de vida del fill/a
Part (parella)					-
Part (pors)					-
Part (fill/a)					
Sentiments que li desperta el seu fill/a		Positiu			
		Negatiu			
Com serà de pare	Positiu				
	Negatiu				
Propi pare	Pos.		-	-	-
	Neg		-	-	-
Estava preparat per ser pare			-		
És el pare que li agradaria	Si		-		
	A vegades		-		
Ajudaré parella					

Entenent com a:

PART (parella): És la suma de: *penso estar al costat de la meva parella, ajudar-la a mantenir el control.*

PART (pors): És la suma de: *em fa por no poder entrar a la sala, desmaiàr-me, respondre correctament a les necessitats de la meva dona, no penso ser-hi.*

PART (fill/a): És la suma de: *penso agafar al meu fill/a, tallar el cordó umbilical, filmar-ho.*

SENTIMENTS QUE LI DESPERTA EL SEU FILL/A:

- ♦ Positiu: És la suma de: *content, tranquil, sorprès, orgullós, encuriós, amb capacitat d'estimar, estimat.*
- ♦ Negatiu: És la suma de: *preocupat, ambivalent, ansiós, enfadat, culpable, frustrat.*

COM SERÀ DE PARE:

- Positiu: És la suma de: *afectuos, tolerant, pacient, entregat, amb ganes de jugar, responsable.*

- Negatiu: És la suma de: *insegur, sobreprotector, autoritari, controlador, preocupat, ocupat.*

COM ERA EL SEU PARE:

- Positiu: És la suma: *d'afectuós, tolerant, pacient, entregat, amb ganes de jugar, responsable.*
- Negatiu: És la suma: *d'insegur, sobreprotector, autoritari, controlador, preocupat, ocupat.*

3. Durant l'embaràs, l'home té unes representacions mentals de com serà el seu fill/a, que canviaran quan el fill/a, té 3 mesos i 12 mesos de vida.

Representacions mentals				
		Durant l'embaràs	Als 3 mesos de vida del fill/a	Als 12 mesos de vida del fill/a
Imaginar fill/a				
Semblar bebè	Pare			
	Mare			
	Propis pares			
	Familiars			
	No ho sé			
	M'és igual			
	No contesta			

Entenent com a:

IMAGINAR FILL/A: És la suma de: *si s'imaginen al seu fill/a.* Aquest ítem es pot ampliar analitzant com s'imaginen al seu fill/a (*físicament, trets psicològics positius/negatius, semblant a algú, etcètera*).

SEMBLAR BEBÈ: Fa referència: *a qui creuen que s'assemblarà el seu fill/a.*

3.5.1. Anàlisi de les variables.

Aquestes variables s'han analitzat de la següent manera:

- Comparant independentment GG, FC i OC:
 - Abans de l'embaràs/durant l'embaràs.
 - Abans de l'embaràs/ 3 mesos de vida de la criatura.
 - Abans de l'embaràs/ 12 mesos de vida de la criatura.
 - Durant l'embaràs/ 3 mesos de vida de la criatura.
 - Durant l'embaràs/ 12 mesos de vida de la criatura.
 - 3 mesos de vida de la criatura/12 mesos de vida de la criatura.
- Comparant els subjectes que esperaven el primer fill/a (FC) amb els que ja en tenien algun (OC), en les següents etapes:
 - Abans de l'embaràs.
 - Durant l'embaràs.
 - Als 3 mesos de vida de la criatura.
 - Als 12 mesos de vida de la criatura.

3.5.2. Proves emprades per a l'anàlisi estadística.

Per a l'anàlisi estadística de cada etapa comparant els dos grups, hem emprat el test de la Chi-quadrat i el test exacte de Fisher, ja que són test de significació per a freqüències de dades amb diferents categories, emprant l'SPSS 10.

El test de la Chi-quadrat i el test exacte de Fisher, s'engloben dintre de l'estadística no paramètrica, ja que en aquest treball no ens interessa saber com es distribueixen les dades, sinó si existeix alguna relació entre les diferents variables que analitzem.

Mentre que per a comparar els grups (GG, FC i OC) en les diferents etapes hem emprat el test de McNemar.

4. RESULTATS I

ANÀLISI DE DADES.

Els resultats de l'estudi es presenten en tres apartats:

4.1. Resultats obtinguts en percentatges, en les proves administrades, i diferenciant el GG, FC, OC. (Taula 2 a 29, i figura 1 a 39).

4.2. Moment on els canvis es fan significatius, quan comparem tant els grups com les etapes de l'estudi entre sí (taula 30 i 31).

4.3. Conclusions (taula 32 i 33).

Per ajudar a entendre els resultats obtinguts i els comentaris, cal recordar que:

GG (General Group): són els resultats obtinguts de tota la mostra, que inclou els subjectes que esperen el primer fill (FC) i els que ja en tenen d'altres (OC).

FC (First Child): són els resultats que hem obtingut dels subjectes que esperen el primer fill.

OC (Other Children): són els resultats que hem obtingut dels subjectes que ja tenen altres fills.

4.1. Resultats obtinguts (en percentatges) en les proves administrades, i diferenciant el GG, FC, OC.

4.1.1. Canvis en la vivència del cos i trastorns físics.

Taula 2: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (GG).

GG	Abans	Durant	3m	12m
Trast. Digestius	29%	32%	37%	30%
Trast. Musculars	43,5%	43,5%	51%	40%
Trast. Pell	18%	19%	24%	20%
Trast. Dolors	34%	37%	39%	26%
Altres Trast.	0%	0%	0%	0%
Canvis físics	-	31%	32%	48%
Necessitat serveis sanitaris	-	37%	3%	14%
TOTAL	66%	96%	78%	81%

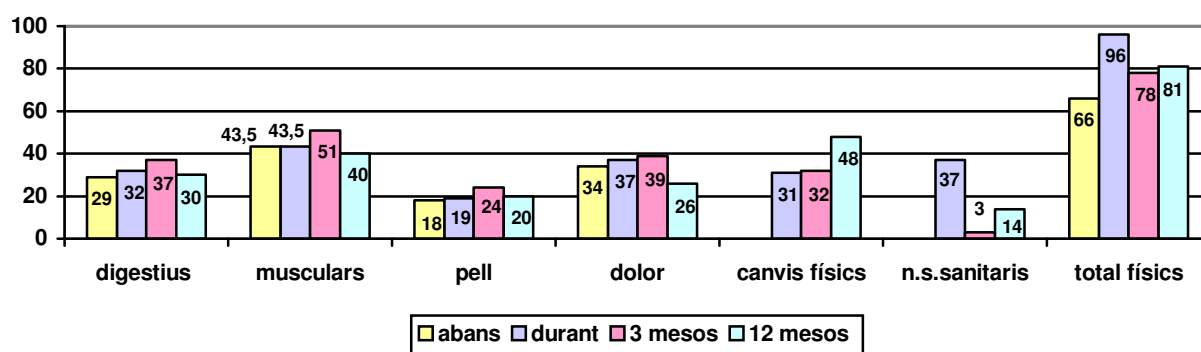


Figura 1: Percentatges de subjectes (GG) que afirmen haver realitzat algun canvi en la vivència del cos, durant l'estudi.

Taula 3: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi i segons ítems (resum GG).

Abans	Durant	Als 3 mesos	Als 12 mesos
1. P. Muscular 43,5% 1er: Mal d'esquena 40% 2. Dolor 34% 1er: P. dentals 19% 3. Digestius 29%: 1er: Digestius 16% 4. Pell 18% 1er: Caiguda cabell 10%	1. P. Muscular 43,5% 1er: Mal d'esquena 40% 2. Dolor 37%: 1er: P. dentals 21% 3. N.s. sanitaris 37% 1er: Anar metge 32% 4. Digestius 32% 1er: Digestius 16% 5. C. Físics 31%	1. P. muscular 51%: 1er: Mal d'esquena 47,5% 2. Dolor 39% 1er: P. dentals 24% 3. Digestius 37% 1er: Digestius 24% 4. Canvis físics 32%: 1er: Engreixar-se 20% 5. Pell 24%:	1. C. físics 48%: 1er: S'engreixen 23% 2. P. Muscular 40%: 1er: Mal d'esquena 40% 3. Digestius 30%: 1er: Digestius 14% 4. Dolor 26%: 1er: Dentals 14% 5. Pell 20%:

	1er: Engreixar-se 16% 6. Pell 19%: 1er: Probl. Pell 10%	1er: Prob. pell 12% 6. N.s. Sanitaris 3% 1er: Anar metge 2%	1er: Prob. Pell 14% 6. N.s. sanitaris 14% 1er: Anar metge 12%
--	--	--	--

Durant l'embaràs trobem el percentatge més alt del **total d'alteracions de vivència del cos a tot el grup (GG)** ja que gairebé tots els subjectes afirmen que en pateixen (taula 2). Però és als 3 mesos de vida del fill/a quan obtenim el percentatge més alt de subjectes, si analitzem els ítems que conformen TOTAL FÍSICS, excepte en l'ítem NECESSITAR SERVEIS SANITARIS (on el percentatge més alt de subjectes es troba durant l'embaràs ja que més d'una tercera part afirma que els necessita) i a l'ítem CANVIS FÍSICS (on el percentatge més alt de subjectes se centra als 12 mesos de vida de la criatura, ja que gairebé la meitat de la mostra afirma que els pateix) (figura 1).

Si analitzem els ítems que componen cada ítem general, i durant tota la investigació (taula 3), observem que a PROBLEMES MUSCULARS, el *mal d'esquena* és el que sempre predomina; als de DOLOR són els *problemes dentals*; als DIGESTIUS són els *problemes digestius*, als de CANVIS FÍSICS és *engreixar-se*, i els de PELL, que abans de l'embaràs era la *caiguda del cabell*, posteriorment deixen de concretar-se.

Taula 4: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (FC).

FC	Abans	Durant	3m	12m
Trast. Digestius	37,5%	37,5%	41%	42%
Trast. Musculars	37%	37,5%	44%	31%
Trast. Pell	9%	12,5%	22%	23%
Trast. Dolors	50%	53%	50%	27%
Altres Trast.	0%	0%	0%	0%
Canvis físics	-	35,5%	37%	54%
Necessitat serveis sanitaris	-	42%	3%	16%
TOTAL	69%	97%	74%	76%

Taula 5: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (OC).

OC	Abans	Durant	3m	12m
Trast. Digestius	20%	27%	33%	17%
Trast. Musculars	50%	50%	59%	50%
Trast. Pell	27%	27%	26%	17%
Trast. Dolors	17%	20%	26%	25%
Altres Trast.	0%	0%	0%	0%
Canvis físics	-	27%	27%	41%
Necessitat serveis sanitaris	-	31%	4%	12,5%
TOTAL	63%	96%	81,5%	86%

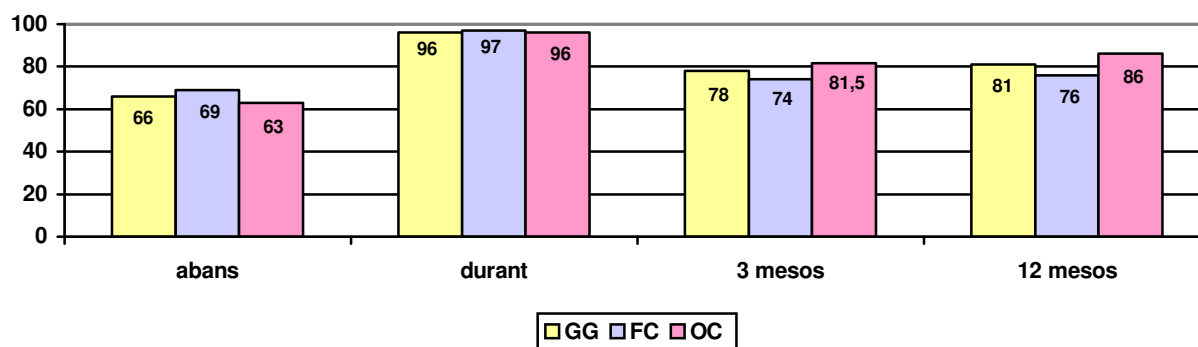


Figura 2: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges que afirmen haver realitzat algun canvi en total trastorns físics.

Al grup que espera el primer fill/a (FC) (taula 4), els **canvis de vivència del cos** no es concreten tant als 3 mesos de vida de la criatura, perquè només és l'ítem **TRASTORNS MUSCULARS** el que obté el percentatge màxim de subjectes. I és durant l'embaràs on els ítems **TOTAL TRASTORNS FÍSICS**, **NECESSITAR SERVEIS SANITARIS I DOLOR**, obtenen el percentatge més alt de subjectes que afirmen que els pateixen, i als 12 mesos és: **TRASTORNS DIGESTIUS, DE PELL I CANVIS FÍSICS**.

Al grup que ja té algun altre fill/a (OC), el percentatge màxim de subjectes que afirmen que han patit algun canvi (taula 5), apareix tant durant l'embaràs (**TOTAL TRASTORNS FÍSICS, NECESSITAR SERVEIS SANITARIS I TRASTORNS DE PELL**), com als 3 mesos (**TRASTORNS DIGESTIUS, MUSCULARS I DOLOR**). Mentre que als 12 mesos només l'ítem **REALITZAR CANVIS FÍSICS** és el que obté el percentatge de subjectes més alt.

Quan comparem el **TOTAL DE TRASTORNS FÍSICS**, en els grups (GG, FC i OC) i en les etapes de l'estudi (abans, durant, als 3 i 12 mesos de vida del nadó) (figura 2), observem que si el grup FC és el que mostra el percentatge més alt de subjectes que afirmen patir-ne abans i durant l'embaràs, és el grup OC el que té el percentatge més alt als 3 mesos i 12 mesos de vida del fill/a.

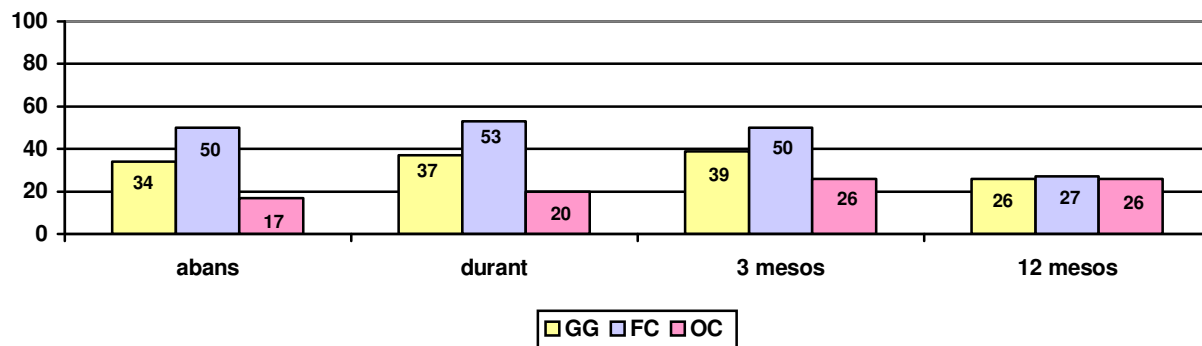


Figura 3: Comparació dels grups (GG, FC, OC), en percentatges de subjectes que afirmen haver realitzat algun canvi en trastorns de dolor.

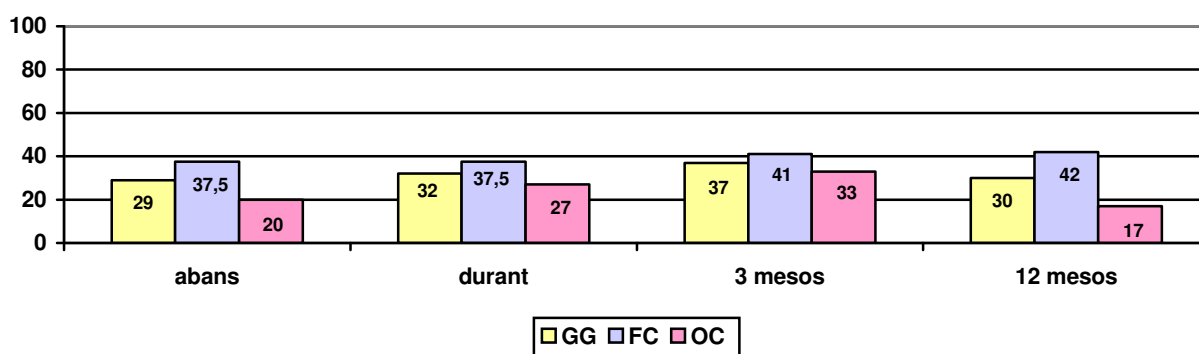


Figura 4: Comparació dels grups (GG, FC, OC), en percentatges de subjectes que afirmen tenir trastorns digestius.

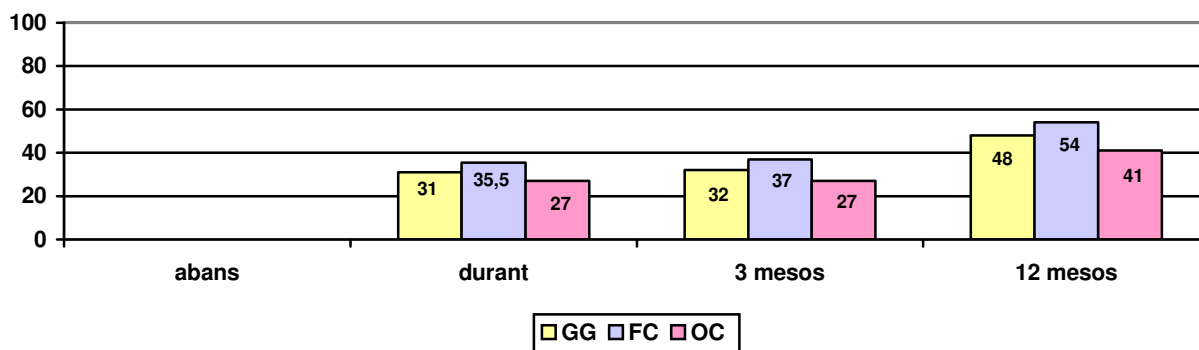


Figura 5: Comparació dels grups (GG, FC, OC), en percentatges de subjectes que afirmen haver realitzat algun canvi físic.

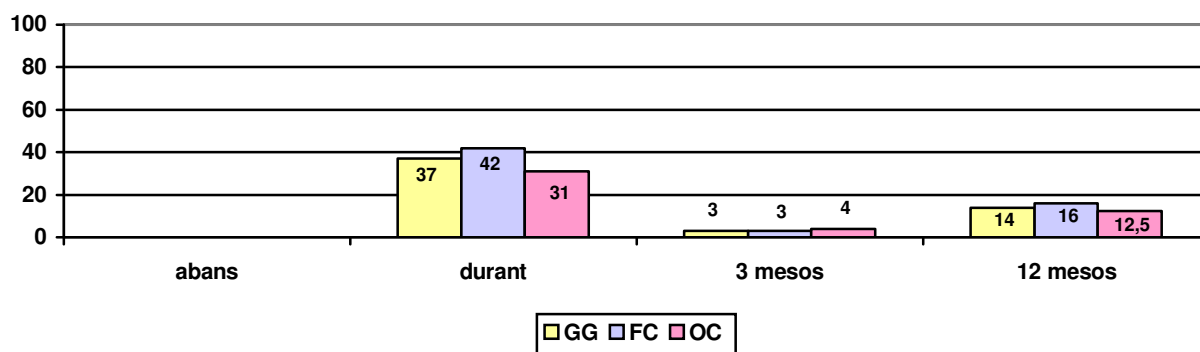


Figura 6: Comparació dels grups (GG, FC, OC), en percentatges de subjectes que afirmen haver realitzat algun canvi en necessitar els serveis sanitaris.

Pel que fa als TRASTORNS DE DOLOR (figura 3), als 3 mesos **GG** (mostra general) té el percentatge més alt de subjectes (més d'una tercera part de la mostra) mentre que **FC** (subjectes que esperen el primer fill/a) l'ha obtingut durant l'embaràs (50% de subjectes) i **OC** (subjectes que ja en tenen d'altres) l'ha anat augmentant, però només ha arribat a una mica més d'una quarta part de la mostra. Als 12 mesos veiem que tots dos grups s'han homogeneïtzat, ja que FC ha disminuït el percentatge de subjectes que afirmaven que els tenien i OC s'ha mantingut igual que als 3 mesos de vida de la criatura.

A mida que va passant el temps, observem que el percentatge de subjectes **GG** (mostra general) que afirmen que pateix algun TRASTORN DIGESTIU (figura 4), va augmentant, fins arribar als 3 mesos que és quan obtenim el percentatge màxim de subjectes que afirmen que en tenen algun (més d'una tercera part de la mostra). I als 12 mesos disminueix aquest percentatge a nivells semblants als d'abans de l'embaràs.

Però si observem l'evolució dels grups, veiem que ja des d'abans de l'embaràs el grup **FC** (subjectes que esperen el primer fill/a) té un percentatge més alt de subjectes que afirmen que en pateixen (37,5%). Als 3 mesos sembla que s'equiparin (als dos grups una mica més de la tercera part dels subjectes ho afirma), i als 12 mesos tornen a canviar: el grup FC continua augmentant el percentatge de subjectes, i **OC** (subjectes que ja tenen altres fills/es) el disminueix de forma important, ja que obté un percentatge de subjectes inferior a abans de l'embaràs.

Com podem observar (figura 5) és als 12 mesos quan els CANVIS FÍSICS abasten el màxim percentatge de subjectes (en tots els grups: GG, FC i OC), ja que gairebé la meitat de la mostra (GG) afirma que en pateix.

Durant l'embaràs, tots els grups (GG, FC i OC) obtenen un percentatge més alt de subjectes que afirmen NECESSITAR SERVEIS SANITARIS (figura 6); als 3 mesos de vida del fill/a el percentatge disminueix de forma important, ja que passem d'una tercera part a un 3%. Als 12 mesos torna a augmentar, però els percentatges que obtenim són inferiors als obtinguts durant l'embaràs (14% a GG).

4.1.2. Canvis psicològics i psicopatològics.

Taula 6: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (GG).

GG		Abans	Durant	3m	12m
Autoavaluació dels trastorns psicològics		68%	71%	90%	86%
Com se sent ara	Positius	Va saber:100%	98%	100%	98%
	Negatius	Va saber:32%	35%	36%	36%
Sensacions agradaria		-	60%	49%	32%
Canvis identitat home		-	71%	68%	50%
Records infantesa		-	39%	65,5%	54%
Millora personal		-	-	86%	90%
Motivació	Personal	-	82%	-	43%
	Socio-econ.	-	42%	-	12%
	Parella	-	26%	-	8%
	Manca motivació	-	6,5%	-	0%
EADG (total)		-	11%	19%	10%
EADG (ansietat)		-	19%	27%	26%
EADG (depressió)		-	18%	27%	24%

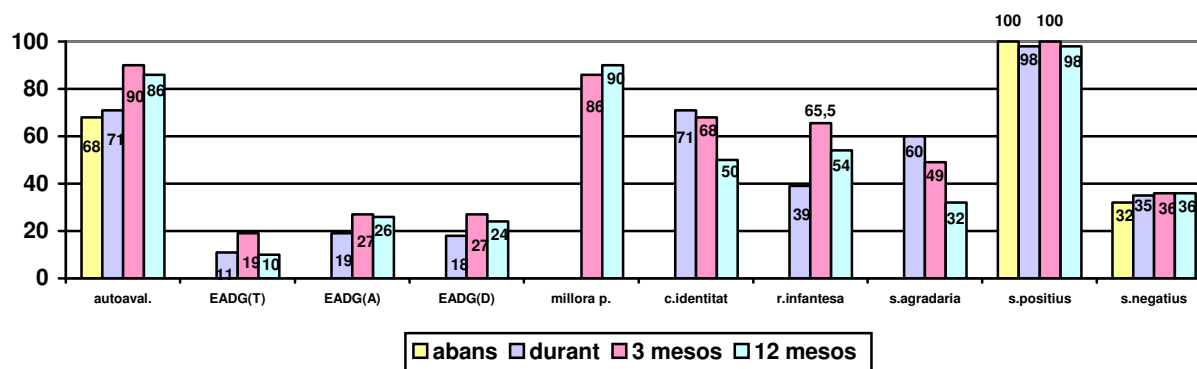


Figura 7: Percentatges de subjectes (GG) que afirmen haver realitzat algun canvi psicològic o psicopatològic, durant l'estudi.

Taula 7: percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi i segons els ítems (resum GG).

Abans	Durant	Als 3 mesos	Als 12 mesos
Sentim. Positius: 1er: Content 95% 2on: C.estimar 84% Sentim. Negatius: 1er: Preocupat 19% 2on: Ambivalent 17% P. Psicològics 68% 1er: Estrès 39% 2on: Cansament 21%	Sentim. Positius: 1er: Content 98% 2on: C.estimar 87% Sentim. Negatius: 1er: Preocupat 26% 2on: Ansiós 16% P. Psicològics 71% 1er: Estrès 40% e.s 2on: Cansament 34% 3er: Irritables 19% Canvi identitat 66% 1er. Més responsabilitat 26% 2on. Canvi estimació 10% 3er. Canvis positius 10% Motivació personal paternitat 82% 1. Sempre he volgut ser pare 68% 2. Continuar la família 39% 3. Sentir-me complert 31% Motivació socio econòmica paternitat 42% 1. Estabilitat econòmica 40% Motivació parella paternitat 26% 1. Altres: 14,5% 2. Ella va insistir 11%	Sentim. Positius: 1er: Content 97% 2on: C.estimar 93% Sentim. Negatius: 1er: Preocupat 26% 2on: Ambivalent 9% P. Psicològics 90% 1er: Cansament 68% 2on: Estrès 49% e.s 3er: Irritables 32% Canvi identitat 68% 1er. Més responsabilitat 61,5% 2on. Canvi estimació 18% 3er. Canvis positius 10% Millora personalitat 1er. Més responsable 73% 2on. Millora autoestima 37% 3er. Més flexible 25%	Sentim. Positius: 1er: Content 92% 2on: C.estimar 92% Sentim. Negatius: 1er: Preocupat 22% 2on: Ambivalent 10% P. Psicològics 86% 1er: Cansament 60% 2on: Estrès 32% Canvi identitat 50% 1er. Més responsabilitat 37% 2on. Canvis positius 18,5% 3er. Canvis rol familiar 7% Millora personalitat 1er. Més responsable 84% 2on. Més flexible 50% 3er. Millora autoestima 40% Motivació personal paternitat 43% 1. Agradat experiència 31%es 2. Sentir-me complert 24,5% Motivació socio Econòmica paternitat 12% Com hi ha problemes econòmics el 8% dubten de tenir altres fills /es Motivació parella paternitat 8% A ella li fa il·lusió 8%

Referent al grup general (GG):

Als 3 mesos de vida de la criatura (taula 6 i figura 7) obtenim els percentatges més alts de subjectes que **s'autoavaluen amb algun tipus de trastorn psicològic** (gairebé tota la mostra afirma que en pateix algun) fet que a més correspon amb el percentatge més alt de subjectes que obtenim a l'EADG (*total, ansietat, depressió*) on aproximadament una quarta part de la mostra es podria afirmar que és un “cas probable”. A més, observem que encara que als 12 mesos de vida del fill/a disminueix el percentatge de subjectes que afirmen que en pateixen, aquest és més alt que abans (68%) i que durant l'embaràs (71%).

També, als 3 mesos de vida del fill/a, és quan el percentatge de subjectes que afirmen que tenen més RECORDS DE LA SEVA INFANTESA és més alt, ja que gairebé dues terceres parts de la mostra afirmen que els tenen, mentre que durant l'embaràs era una mica més d'una tercera part i als 12 mesos és una mica més de la meitat de la mostra (taula 6 i figura 7).

Durant l'embaràs la majoria de subjectes afirmen que els hi AGRADARIA TENIR ALGUNA SENSACIÓ DE LES QUE TÉ LA SEVA PARELLA (un 60% dels subjectes ho afirmen), fet que disminueix a mida que passa els temps i el fill/a es fa més gran. Així als 3 mesos no arriba a la meitat dels subjectes i als 12 mesos a una tercera part (taula 6 i figura 7).

Quan se'ls pregunta si creuen que LA PATERNITAT CANVIA LA IDENTITAT DE L'HOME, gairebé una quarta part ho afirma durant l'embaràs, als 3 mesos ho fa un 68% i la meitat del grup als 12 mesos (taula 6 i figura 7)..

Als 12 mesos de vida de la criatura, apareixen dues dades que poden semblar contradictòries: si per un costat, obtenim el percentatge més alt de subjectes que afirmen que troben que han fet una MILLORA PERSONAL (90%) , al mateix temps, un alt percentatge de subjectes afirmen que SE SENTEN MÉS MALAMENT o que tenen més SENTIMENTS NEGATIUS (36%).

Pel que fa als SENTIMENTS POSITIUS els subjectes assenyalen durant tot l'estudi (taula 7) els d'estar *contents*, que es manté bastant estable durant tota la investigació en la majoria de subjectes de la mostra; i la *capacitat d'estimar*, que augmenta fins arribar a la puntuació màxima als 3 mesos (93%), i que es continua mantenint als 12 mesos de vida del fill/a (92%).

A L'AUTOAVALUACIÓ DELS TRASTORNS PSICOLÒGICS (taula 7), els subjectes assenyalen *l'estrès* en primer lloc (40%), seguit del *cansament* (del 21% abans de l'embaràs al 34% durant l'embaràs), que acaba ocupant el primer lloc als tres mesos de vida del fill/a (68% dels subjectes), i als 12 mesos (60%). Mentre que *l'estrès*, que com ja hem esmentat ocupava el primer lloc abans (39%) i durant de l'embaràs (40%), passa a ocupar el segon lloc als 3 mesos (49%) i als 12 mesos (32%) i, com podem observar, és als 3 mesos on hi ha un percentatge més alt de subjectes que afirmen que el pateixen ja que afecta a gairebé la meitat de la mostra.

A més, hi ha un tercer aspecte, que és la *irritabilitat* que apareix principalment durant l'embaràs (19%) i als 3 mesos (que és quan el percentatge màxim de subjectes, gairebé una tercera part de la mostra, afirmen que estan més irritables).

Els CANVIS D'IDENTITAT (taula 7), que assenyalen els subjectes són principalment: la *responsabilitat* (que als 3 mesos de vida és quan obté el percentatge màxim de subjectes, 61,5%, que l'admeten), els *canvis d'estimació*, que apareixen durant l'embaràs (10%) i als 3 mesos de vida de la criatura (18%); els *canvis positius* (que obtenen el percentatge màxim de subjectes als 12 mesos de vida del fill/a amb un 10% de subjectes), i els *canvis de rol familiar* (que apareixen només als 12 mesos de vida de la criatura i en un percentatge d'un 7%).

Referent a la MILLORA DE LA PERSONALITAT (taula 7), a mesura que avança el procés paternal, els subjectes es troben més *responsables* (ja que el 73% ho afirma als 3 mesos i el 84% als 12 mesos), han *millorat la seva autoestima* (d'un 37% als 3 mesos, al 40% als 12 mesos); i són més *flexibles* (d'un 25% de subjectes que ho afirmen als 3 mesos arribem al 50% als 12 mesos). Com es pot observar els percentatges màxims els localitzem als 12 mesos de vida de la criatura.

Finalment, pel que respecta a la MOTIVACIÓ PER SER PARES (taula 7), observem que en primer lloc consideren la MOTIVACIÓ PERSONAL: més de la meitat dels subjectes *volien ser pares* (68%), seguit de *voler continuar la família* (39%) i *sentir-se complerts* (31%). En segon lloc, apareix la MOTIVACIÓ SOCIO-ECONÒMICA i els subjectes expliquen que va ser *l'estabilitat econòmica* que els va permetre ser pares (40%). La PARELLA també influeix en gairebé una quarta part de les decisions per accedir a la paternitat, però la idea que mou els pares és *mantenir i enriquir la unió amb la parella*; encara que uns pocs també afirmen que els va decidir la insistència d'ella. I finalment, trobem un 6,5% que NO VOLIEN SER PARES I TAMPOC S'HO HAVIEN PLANTEJAT MAI.

Però, quan als 12 mesos de vida del fill/a, se'ls hi torna a plantejar la pregunta, els que responen afirmativament davant de l'accés a la paternitat, ho basen en MOTIUS PERSONALS: *els ha agradat l'experiència* (31%) i per *sentir-se complerts* (24,5%); seguit un altre cop per les NECESSITATS ECONÒMIQUES (ja que hi ha un 8% de subjectes que afirmen que sí que tindrien més fills/es però, ateses les despeses que comporten, s'ho han de replantejar), i finalment la influència de la PARELLA (8%). En aquest cas, cap subjecte afirma que no pensa tenir més fills/es perquè *no li ha agradat l'experiència* ni *altres motius* que podríem incloure dintre de l'apartat de MANCA DE MOTIVACIÓ.

Taula 8: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (FC).

FC		Abans	Durant	3m	12m
Autoavaluació dels trastorns psicològics		75%	78%	97%	88,5%
Com se sent ara	Positius	Va saber:100%	97%	100%	100%
	Negatius	Va saber:32%	45%	37,5%	35%
Sensacions agradaria		-	59%	50%	15%
Canvis identitat home		-	69%	72%	42%
Records infantesa		-	50%	68%	54%
Millora personal		-	-	97%	96%
Motivació	Personal	-	84%	-	54%
	Socio-econ.	-	44%	-	8%
	Parella	-	37,5%	-	11,5%
	Manca motivació	-	3%	-	0%
EADG (total)		-	9%	19%	11,5%
EADG (ansietat)		-	16%	25%	23%
EADG (depressió)		-	16%	25%	31%

Taula 9: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (OC).

OC		Abans	Durant	3m	12m
Autoavaluació dels trastorns psicològics		60%	63%	81,5%	83%
Com se sent ara	Positius	Va saber:100%	100%	100%	96%
	Negatius	Va saber:31%	24%	33%	37,5%
Sensacions agradaria		-	60%	48%	50%
Canvis identitat home		-	73%	63%	58%
Records infantesa		-	27%	63%	54%
Millora personal		-	-	74%	83%
Motivació	Personal	-	80%	-	30%
	Socio-econ.	-	40%	-	17%
	Parella	-	13%	-	4%
	Manca motivació	-	10%	-	0%
EADG (total)		-	13%	18,5%	8%
EADG (ansietat)		-	23%	30%	29%
EADG (depressió)		-	20%	30%	17%

És als 3 mesos de vida de la criatura quan obtenim el percentatge més alt de **subjectes que esperen el primer fill/a (FC)** (taula 8) que s'AUTOAVALUEN AMB ALGUN TRASTORN PSICOLÒGIC (97% dels subjectes), igual que obtenim el percentatge més alt de subjectes a l'*EADG-total* (19%) i *EADG-ansietat* (25%), i que consideren que hi ha un CANVI D'IDENTITAT degut a la paternitat (72%). Però, de totes formes, cal tenir en compte que, també la majoria dels subjectes afirmen que han MILLORAT PERSONALMENT (97%).

Mentre que als 12 mesos, trobem el percentatge més alt de subjectes als ítems de *EADG-depressió* (31%).

Durant l'embaràs obtenim el percentatge més alt de subjectes FC a qui els hi AGRADARIA TENIR ALGUNA DE LES SENSACIONS QUE TÉ LA SEVA PARELLA (59%), percentatge que disminueix notablement als 12 mesos de vida del fill/a (15%) (taula 8).

Pel que fa ALS SENTIMENTS QUE VAN TENIR QUAN VAN SABER QUE LA SEVA PARELLA ESTAVA EMBARASSADA (taula 8), encara que tots en van tenir algun de positiu, gairebé una tercera part va patir SENTIMENTS NEGATIUS. De totes formes, mentre el percentatge de subjectes que afirma que té SENTIMENTS POSITIUS es manté, el percentatge de subjectes que se'n reconeix de negatius, disminueix lleugerament.

Als 3 mesos de vida de la criatura els **subjectes que ja tenen algun fill/a (OC)** (taula 9), afirmen que pateixen més trastorns d'ansietat i depressió, el percentatge de subjectes és més alt a l'*EADG (total, ansietat i depressió)*, i podríem afirmar que una quarta part de subjectes es podria considerar "cas probable".

Als 12 mesos ens trobem amb bastants canvis, perquè mentre que a *EADG-total* el percentatge de subjectes disminueix, com també disminueix el percentatge de subjectes que poden ser "probable cas d'ansietat", el percentatge de subjectes que poden ser "probable cas de depressió" es manté semblant a l'obtingut als 3 mesos de vida de la criatura.

Per un altre costat, també observem que és als 12 mesos de vida del fill/a, quan obtenim el percentatge més alt pel que fa a L'AUTOAVALUACIÓ DE TRASTORNS PSICOLÒGICS (83%). Encara que hem de pensar que partim de més de la meitat del grup OC que afirmava que en patia ja abans de l'embaràs (taula 9).

A més cal tenir en compte que és als 12 mesos quan obtenim tant el percentatge més alt de subjectes que afirmen tenir SENTIMENTS NEGATIUS (37,5%) com els que creuen que han MILLORAT PERSONALMENT (83%) (taula 9).

Per altra banda, durant l'embaràs aconseguim el percentatge més alt de subjectes que afirmen que la PATERNITAT CANVIA LA IDENTITAT DE L'HOME (73%) opinió que disminueix a partir dels 3 mesos (63%) fins arribar a una mica més de la meitat de la mostra als 12 mesos (taula 9).

I és també durant l'embaràs quan s'obté el percentatge més alt de subjectes a qui ELS HI AGRADARIA TENIR ALGUNA SENSACIÓ COM LES QUE EXPERIMENTA LA SEVA PARELLA (60%), percentatge que disminueix als 3 mesos (48%), fins arribar als 12 mesos a la meitat de la mostra (taula 9).

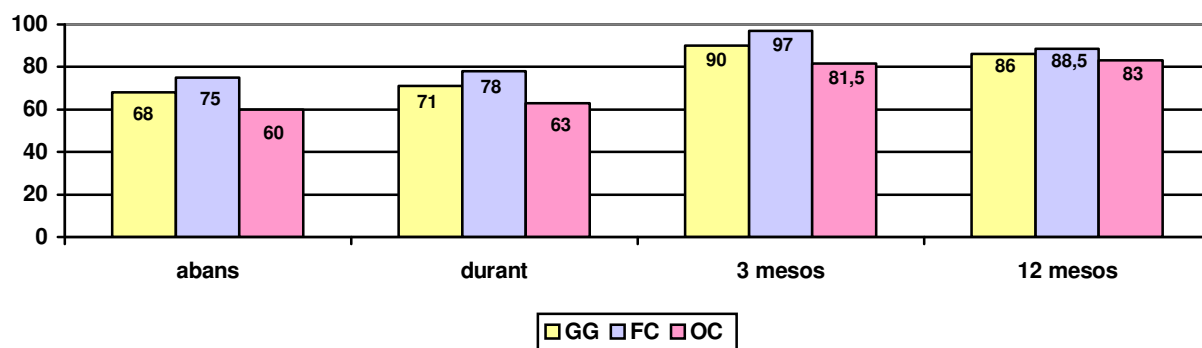


Figura 8: Comparació dels grups (GG, FC, OC), en percentatges de subjectes que s'autoavaluen amb algun trastorn psicològic.

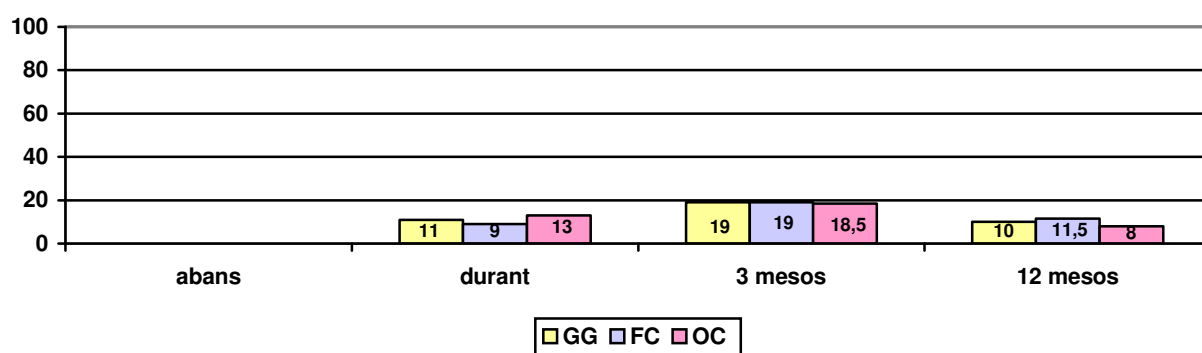


Figura 9: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que puntuen a l'EADG total.

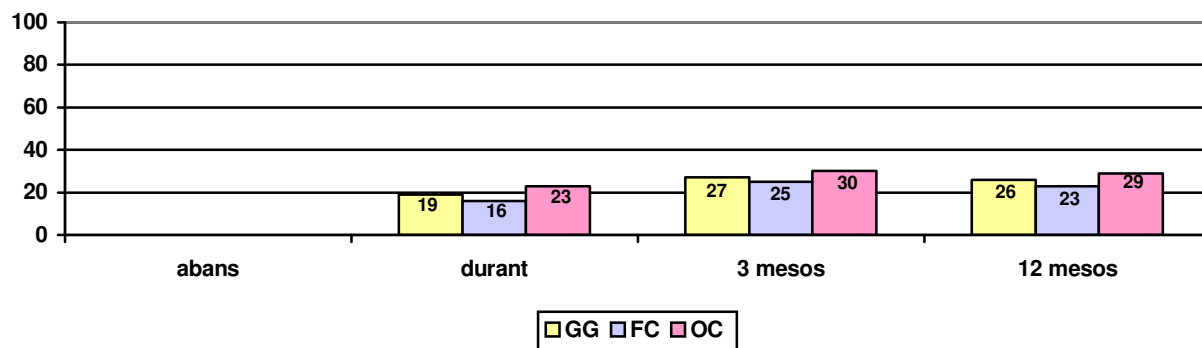


Figura 10: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que puntuen a l'EADG ansietat.

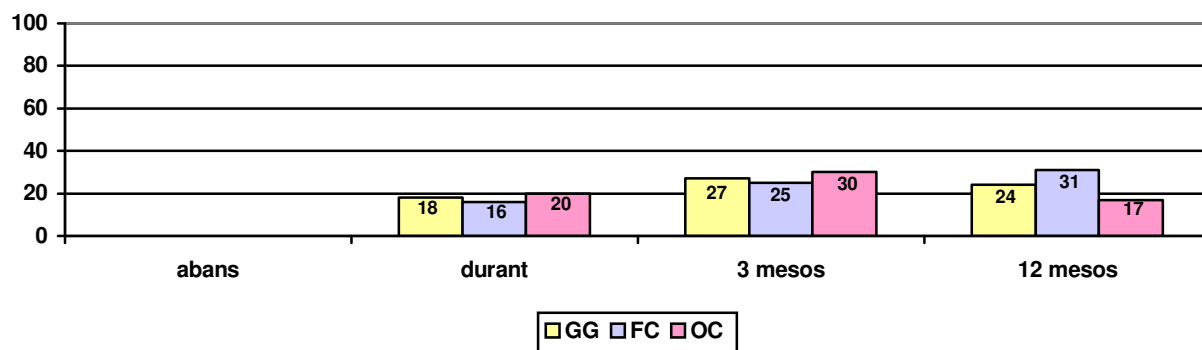


Figura 11: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que puntuen a l'EADG depressió.

Com ja hem comentat abans, el percentatge de **subjectes GG** o tots els subjectes que componen la mostra, que **S'AUTOAVALUEN AMB ALGUN TRASTORN PSICOLÒGIC** (figura 8) augmenta fins als 3 mesos de vida de la criatura, que és quan s'obté el percentatge màxim de subjectes (90%). De totes formes, encara que observem que als 12 mesos de vida del fill/a, aquest percentatge disminueix (86%), continua sent més alt que els que trobem tant abans de l'embaràs (68%) com durant l'embaràs (71%). Cal considerar que ja fins i tot abans de l'embaràs, els subjectes que esperen el primer fill (FC) són els que tenen el màxim percentatge (75%), però als 12 mesos sembla que els dos grups (FC i OC) s'homogeneïtzin.

Pel que fa al percentatge de subjectes que donen com a "*probable cas d'ansietat i depressió*" (figura 9), si durant l'embaràs el grup que ja té algun fill/a (OC o grup que ja té més fills) obtenia un percentatge una mica més alt, aquest va disminuint i als 12 mesos és el grup que espera la primera criatura (FC) qui el té una mica més alt.

Als 3 mesos tots dos grups (FC i OC) obtenen un percentatge semblant i al mateix temps més alt, de subjectes que podríem considerar "*cas probable*" (19%).

Si analitzem aquestes dades (figura 10), veiem que el grup OC (ja tenen algun altre fill/a) és qui al llarg de tota la investigació obté un percentatge més alt de subjectes que es podrien considerar com "*probable cas d'ansietat*". Ho trobem des de l'embaràs, quan gairebé una quarta part de la mostra respon afirmativament, augmenta als 3 mesos (30%), i es manté als 12 mesos (29%). Un fet semblant passa amb el grup FC, GG.

Pel que fa als percentatges obtinguts quan analitzem "*probable cas depressió*" (figura 11), trobem una variació tant segons l'època de la investigació com en el grup estudiat. Així, el grup total de la mostra (GG) obté el màxim percentatge de subjectes als 3 mesos de vida de la criatura (27%), que es manté als 12 mesos (24%). El grup OC, o que ja té més fills, durant l'embaràs (20%) té un percentatge més alt que FC (16%), percentatge que augmenta als 3 mesos de vida del fill/a (ja que mentre FC, o grup que espera el primer fill, arriba al 25%, OC arriba al 30%), i disminueix als 12 mesos pel grup OC (17%), però augmenta al grup FC (31%).

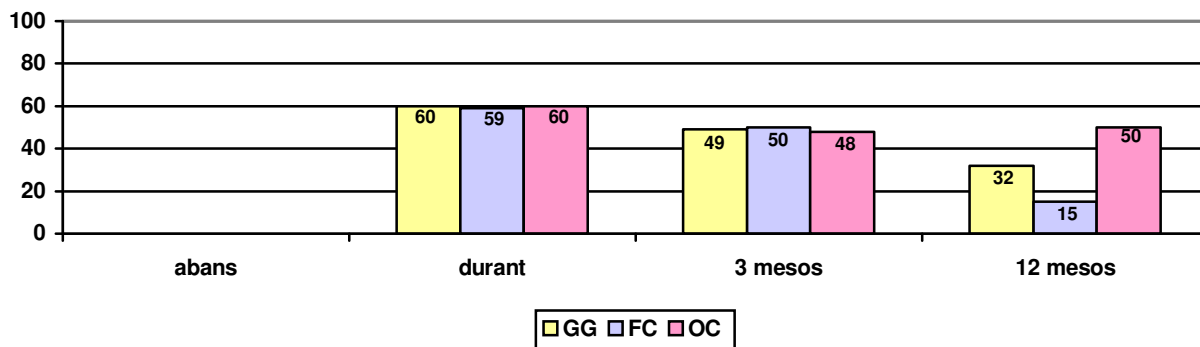


Figura 12: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen que els hi agradaria tenir alguna sensació de les que té la seva parella.

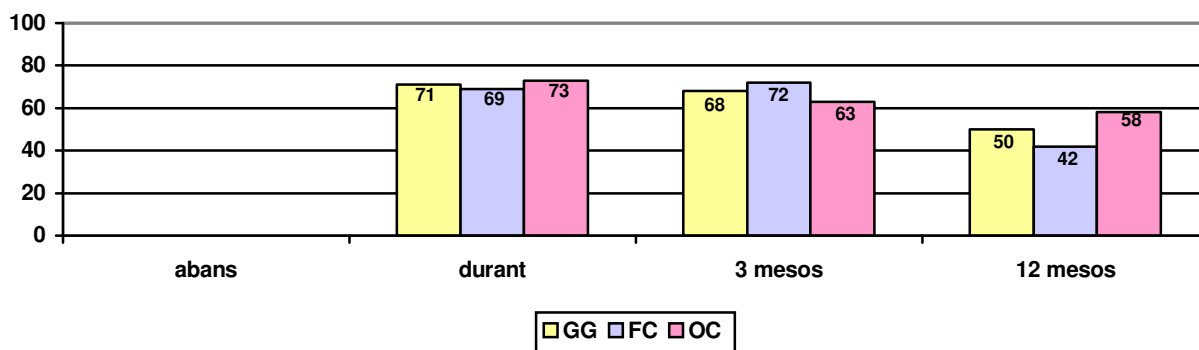


Figura 13: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen que davant la paternitat canvia la identitat de l'home.

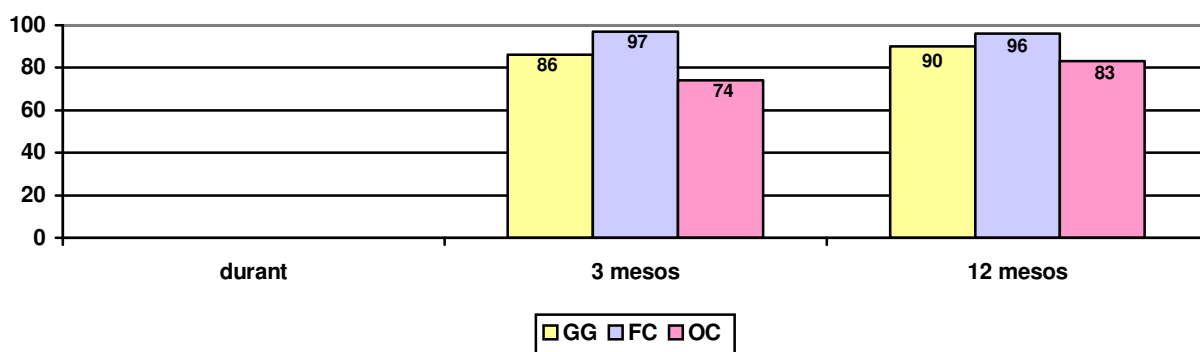


Figura 14: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen que han millorat personalment.

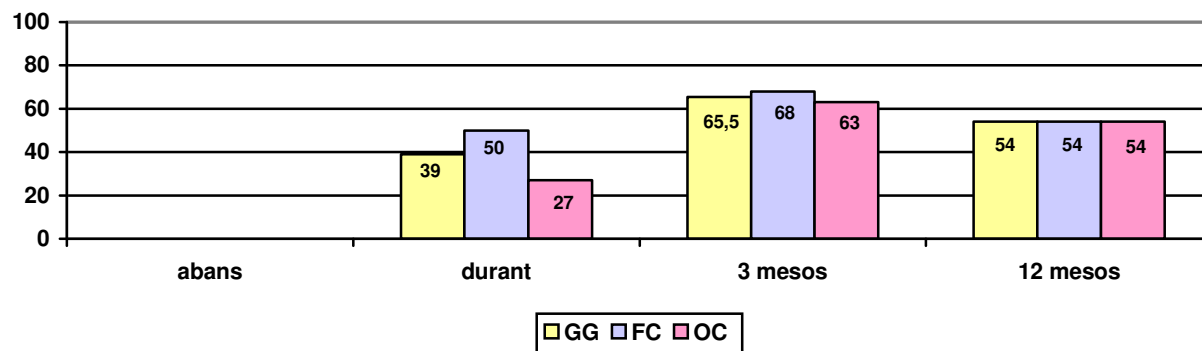


Figura 15: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen que tenen més records de la seva infantesa.

Com observem a la figura 12, a l'ítem SI LI AGRADARIA TENIR ALGUNA DE LES SENSACIONS QUE TÉ LA SEVA DONA EMBARASSADA, durant l'embaràs tots dos grups, els que esperen el primer fill (FC) i els que ja en tenen algun (OC), són homogenis, perquè més de la meitat de la mostra respon afirmativament. Aquest percentatge disminueix lleugerament, i de forma semblant, als 3 mesos de vida de la criatura (49%). Però quan aquesta té 12 mesos, els subjectes dels dos grups sembla que canviïn d'opinió, ja que mentre la meitat de subjectes del grup OC afirma que li agradaria tenir alguna sensació de les que té la dona amb el seu fill/a, no arriba a una quarta part de la mostra de FC els que ho afirmen.

Referent al CANVI D'IDENTITAT (figura 13), observem que a mesura que passa el temps disminueix el percentatge de subjectes que consideren que hi ha un canvi en la identitat de l'home davant del fet de ser pare. És durant l'embaràs quan gairebé tres quartes parts de tot el grup (GG) i del que ja té altres fills (OC), afirma el canvi d'identitat, mentre que els subjectes que tenen el primer fill l'asseveren quan el seu nadó té tres mesos de vida (72%). Als 12 mesos disminueix aquest percentatge, i sobretot en el grup que n'espera el primer o FC (42%); arribant al 50% del total de la mostra (GG).

A mesura que el fill/a es fa més gran (figura 14) augmenta el percentatge de subjectes que afirmen que han MILLORAT PERSONALMENT i, sobretot, al grup que espera la primera criatura (FC), on gairebé tota la mostra respon afirmativament. De totes formes, cal adonar-se que la majoria dels subjectes responen afirmativament a aquests ítems, perquè si durant l'embaràs arribem al 86% del grup GG, als 12 mesos arribem al 90%.

Durant l'embaràs, és el grup FC qui obté el percentatge més alt de subjectes, la meitat del grup, que afirmen que tenen més RECORDS DE LA SEVA INFANTESA (figura 15), mentre que poc més de la quarta part del grup OC ho fa. Als 3 mesos, els percentatges s'igualen en tots dos grups, a l'alça (65,5%). I als 12 mesos, els percentatges disminueixen, si bé continuen homogenis, ja que tots els grups obtenen un 54% de respostes afirmatives.

4.1.3. Canvi d'hàbits.

Taula 10: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (GG).

GG	Abans	Durant	3m	12m
Alimentació	40%	42%	52,5%	30%
Dormir	56%	69%	85%	72%
Socials	39%	43,5%	59%	24%
Altres hàbits	53%	53%	54%	42%
Social-Laboral	-	85%	90%	94%
Total hàbits	82%	85%	93%	86%

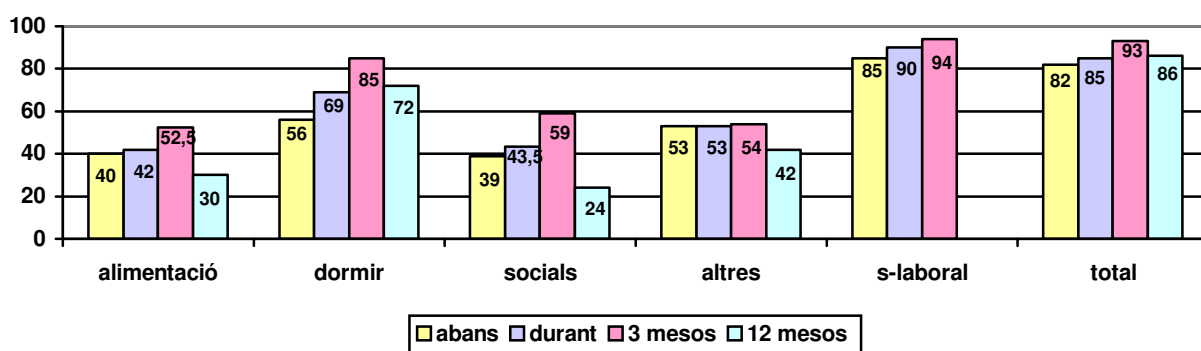


Figura 16: Percentatges de subjectes (GG) que puntuen a canvi d'hàbits.

Taula 11: percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi i segons els ítems (resum GG).

Abans	Durant	Als 3 mesos	Als 12 mesos
Pr. dormir 56% 1er. Peresa matí 34% 2on. Dormir tard 31%	Pr. dormir 69% 1er. Dormir tard 47,5% 2on. Peresa matí 42%es	Pr. dormir 85% 1er.Dormir tard 58% 2on.Peresa matí 58%	Pr. dormir 72% 1er.Peresa matí 34% 2on.Dormir tard 32%
A. hàbits 53% 1er. Fumar 39% 2on. Beure 24%	A. hàbits 53% 1er. Fumar 39% e.s 2on. Beure 24%	A. hàbits 54% 1er. Fumar 41% e.s 2on.Beure 25%	A. hàbits 42% 1er.Fumar 26% 2on.Menjar ungles 18%
Alimentació 40% 1er. Menjar molt 29%	Socials 43,5% 1er. Anar gimnàs 42%es	Alimentació 52,5% 1er.Menjar molt 37%	Alimentació 30% 1er.Menjar molt 22%e.s
Socials 39% 1er. Anar gimnàs 35,5%	Alimentació 42% 1er. Menjar molt 31%	Socials 39% Anar gimnàs 52,5%	Socials 24% 1er.Anar gimnàs18%
	Esperen treballar menys 72%	Menys temps lliure 68%	Menys temps lliure 80%
		Agrada quedar-se a casa 46%	Agrada quedar-se a casa 52%
		Problema sortir amb nen 15%	Problema sortir amb nen 28%
	3 subjectes esperen agafar la baixa paternal	3 subjectes han agafat la baixa paternal	

Com es pot observar a la taula 10 i a la figura 16, als 3 mesos de vida de la criatura, es palesa el percentatge més alt de **tota la mostra (GG)** que afirma que ha **canviat els seus hàbits** (D'ALIMENTACIÓ, DE SON, SOCIALS, ALTRES HÀBITS i TOTAL HÀBITS) en relació als que tenien abans i durant l'embaràs.

I, mentre que la majoria d'aquests ítems, als 12 mesos, disminueixen, els percentatges de subjectes són diferents, ja que mentre uns poden esdevenir inferiors a abans de l'embaràs (ALIMENTACIÓ, SOCIALS, ALTRES), altres arriben a percentatges semblants al temps de l'embaràs (TOTAL CANVI D'HÀBITS) o es mantenen (DORMIR), mentre que el canvi d'HÀBITS SOCIAL-LABORAL abasta el percentatge màxim de subjectes.

Quan desglossem els ítems que componen aquests apartats, observem que si abans de l'embaràs els subjectes afirmaven (taula 11) que als HÀBITS DE DORMIR predominava la *peresa al matí* (34%) i *anar a dormir tard* (31%), durant l'embaràs s'inverteix l'ordre (*peresa al matí* obté el segon lloc amb el 42%, i *anar a dormir tard* el primer lloc amb el 47,5% dels subjectes) i als 3 mesos de vida de la criatura (*peresa al matí* i *anar a dormir tard* obtenen el 58% dels subjectes). Als 12 mesos del nadó tornen a restablir-se als percentatges d'abans de l'embaràs (*peresa al matí* obté el 34% de les respostes i *anar a dormir tard* el 32%).

El desglossament de les dades obtingudes en ALTRES HÀBITS (*fumar, beure, menjar-se les ungles*), ens permet afirmar que entre abans i durant l'embaràs els percentatges de subjectes no varien i és *l'hàbit de fumar* (39%) el que apareix en primer lloc i el de *beure* (24%) en segon lloc. Als 3 mesos de vida de la criatura, augmenta lleugerament el percentatge de subjectes que afirmen que fumen (41%) i que beuen (25%). I als 12 mesos, és el fet de *menjar-se les ungles* el que apareix en segon lloc (18%), mentre que el de fumar continua en primer lloc, però amb una disminució considerable (26%) (taula 11).

Entre els HÀBITS D'ALIMENTACIÓ (taula 11), l'ítem que obté més percentatge és el de *menjar molt*, que augmenta gradualment fins als 3 mesos. Així, si abans de l'embaràs el 29% de subjectes afirmava que menjava molt, durant l'embaràs ho fa el 31% i als 3 mesos el 37%, mentre que als 12 mesos disminueix al 22%.

Durant l'embaràs, els canvis en HÀBITES SOCIALS (taula 11), ocupen el tercer lloc, i el principal que canvia és el fet *d'anar al gimnàs*, que passa del 35,5% dels subjectes que hi anaven abans de l'embaràs al 42% durant l'embaràs. Als 3 mesos s'incrementa el percentatge (més de la meitat de la mostra); però als 12 mesos disminueix a nivells inferiors a abans de l'embaràs (18%).

A part, els pares de la mostra ens informen que mentre que gairebé tres quartes parts pensen (durant l'embaràs) *treballar menys*, als tres mesos de vida del bebè, el 68% afirma que *disposa de menys temps lliure*, i als 12 mesos el percentatge arriba al 80%.

També observem que hi ha dos ítems que (entre els 3 i 12 mesos) incrementen el percentatge de subjectes. Un és que *els hi agrada quedar-se a casa amb el fill/a* (que passa del 46% als 3 mesos al 52% als 12 mesos), i l'altra és *un problema sortir amb el nen/a* que puja del 15% als 3 mesos al 28% als 12 mesos.

Taula 12: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (FC).

FC	Abans	Durant	3m	12m
Alimentació	41%	41%	53%	15%
Dormir	68%	77%	87,5%	81%
Socials	53%	56%	75%	31%
Altres hàbits	72%	72%	69%	46%
Social-Laboral	-	84%	97,5%	92%
Total hàbits	93,5%	93,5%	97%	92%

Taula 13: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (OC).

OC	Abans	Durant	3m	12m
Alimentació	40%	43%	52%	46%
Dormir	43%	60%	81,5%	62,5%
Socials	23%	30%	41%	17%
Altres hàbits	33%	33%	37%	37,5%
Social-Laboral	-	86%	93%	96%
Total hàbits	70%	77%	89%	79%

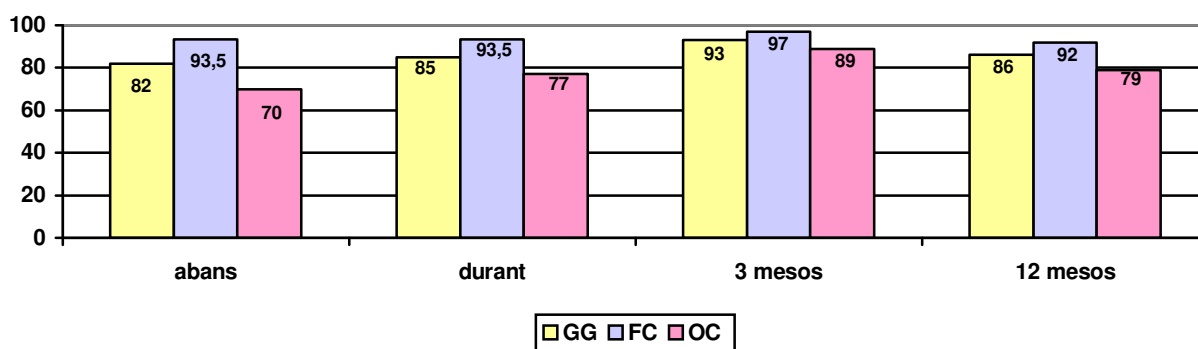


Figura 17: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen que haver canviat total hàbits.

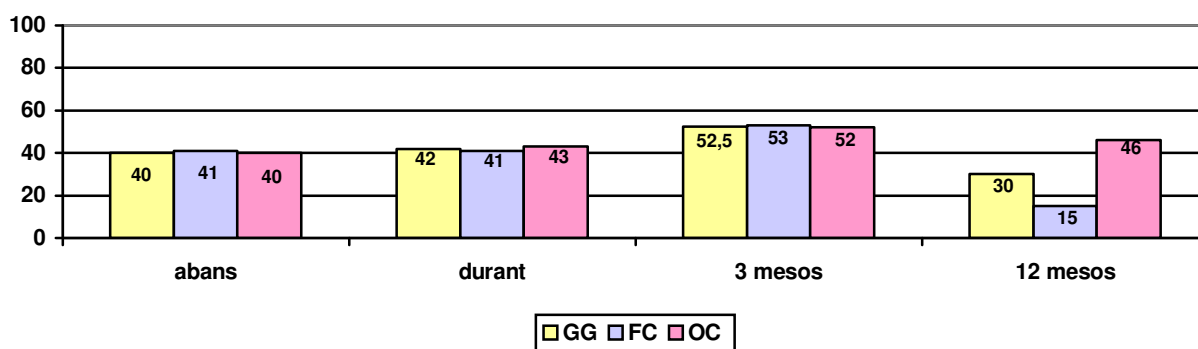


Figura 18: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen haver canviat els hàbits d'alimentació.

L'observació dels resultats obtinguts a la taula 12, ens referma la mateixa tendència; als 3 mesos hi ha un percentatge més alt de subjectes **FC (subjectes que esperen la primera criatura)** que afirmen que han canviat els seus hàbits, amb l'excepció d'ALTRES HÀBITS, que obté el percentatge més alt de subjectes abans i durant l'embaràs, quan gairebé una tres quartes parts de la mostra afirmen que els han modificat.

Si mirem l'evolució d'aquests hàbits, observem que la majoria disminueixen el percentatge de subjectes als 12 mesos a nivells inferiors a abans de l'embaràs (ALIMENTACIÓ, SOCIALS, ALTRES HÀBITS I TOTAL HÀBITS), amb l'excepció de L'HÀBIT DE DORMIR que encara que també disminueix, presenta un percentatge superior al que obteníem abans de l'embaràs (taula 12).

Respecte al grup que ja té d'altres fills/es (OC), continuem amb resultats semblants als que estem comentant (taula 13), amb la diferència que als 12 mesos hi ha més variació. Els HÀBITS SOCIALS disminueixen a nivells inferiors a abans de l'embaràs; en els D'ALIMENTACIÓ, TOTAL HÀBITS, i DORMIR els percentatges són semblants a durant l'embaràs; mentre que ALTRES HÀBITS i SOCIAL-LABORAL incrementen el percentatge de subjectes als 12 mesos.

Els CANVIS EN TOTAL HÀBITS (figura 17), presenta la mateixa evolució que hem vist fins ara. O sigui, que s'incrementa el percentatge de subjectes fins arribar als 3 mesos de vida de la criatura que és quan obtenim el màxim. Mentre que als 12 mesos observem una disminució sense que arribi als percentatges d'abans de l'embaràs, sinó similar a durant l'embaràs.

Pel que fa als dos grups que formen la mostra, veiem que si el grup que espera la primera criatura (FC) és qui obté un percentatge més elevat a tot l'estudi, el grup que ja en té d'altres (OC) afirma el canvi més gran d'hàbits als 3 mesos de vida de la criatura.

A l'apartat CANVI D'HÀBITS D'ALIMENTACIÓ (figura 18), trobem alguna variació respecte al que estàvem veient fins ara. Així, des d'abans de l'embaràs els dos grups presenten uns percentatges semblants; durant l'embaràs, aquest percentatge augmenta lleugerament; als 3 mesos obtenim el percentatge més alt de subjectes que afirmen que canvien els hàbits alimentaris, però als dotze mesos perdem l'homogeneïtzació dels dos grups, ja que el percentatge del grup que espera el primer fill/a (FC) disminueix de forma considerable (obté un percentatge molt més baix que abans de l'embaràs) i, encara

que el grup que ja en té d'altres (OC) també disminueix continua superant el percentatge obtingut durant l'embaràs.

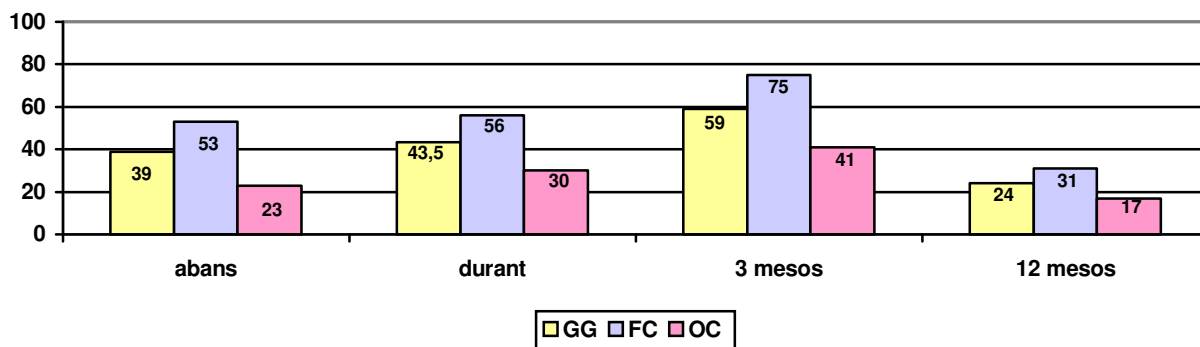


Figura 19: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen que haver canviat els hàbits socials.

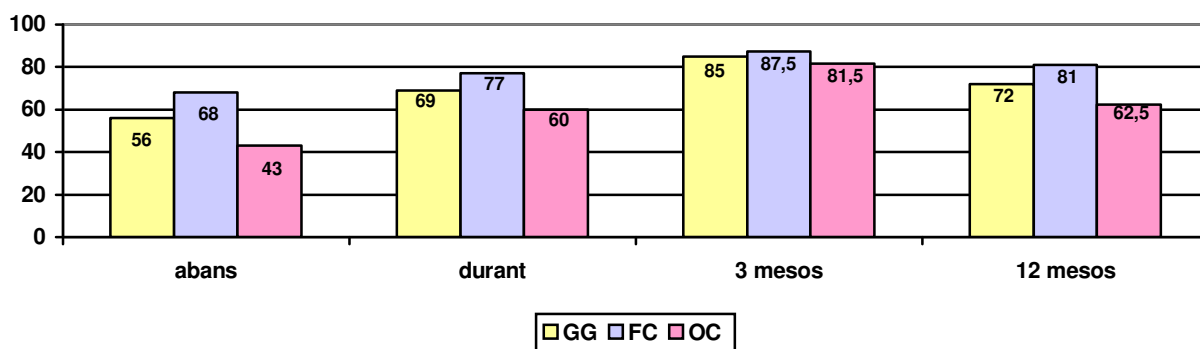


Figura 20: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen que han canviat els hàbits de dormir.

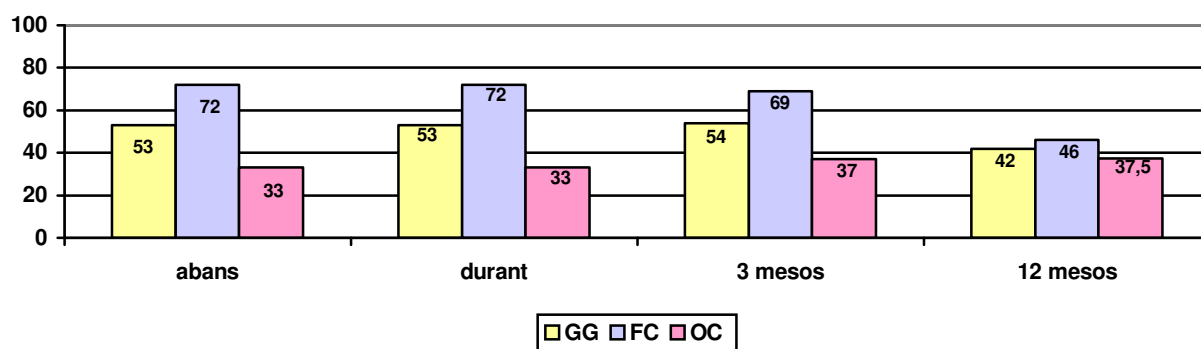


Figura 21: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen haver canviat altres hàbits.

A la figura 19, observem que, abans de l'embaràs el grup que espera la primera criatura (FC) canvia més HÀBITS SOCIALS (53%) que OC o el grup que ja en té d'altres, (23%), i augmenta més els canvis a mesura que passa el temps.

En tots dos grups és als 3 mesos de vida de la criatura quan trobem els percentatges més alts, ja que més de la meitat de tot el grup que conforma la mostra (GG) respon afirmativament. De totes formes, cal que diferenciem els dos grups, ja que mentre els canvis a FC afecten a més de tres quartes parts de la mostra, OC no arriba a la meitat.

Als 12 mesos de vida del fill/a, el percentatge de subjectes que afirmen que han canviat hàbits socials disminueix, als dos grups, a nivells inferiors a abans de l'embaràs.

Pel que fa als HÀBITS DE DORMIR (figura 20), continuem trobant que, als 3 mesos, s'incrementa el nombre de subjectes que afirmen una variació en els seus hàbits de dormir; i tots dos grups (FC i OC) obtenen uns percentatges semblants. Als 12 mesos, també els dos grups disminueixen el percentatge de subjectes que afirmen que canvien els hàbits de dormir, sobretot el grup que ja té altres fills/es (OC).

Referent al canvi d'ALTRES HÀBITS (figura 21), cal considerar que cap subjecte afirma haver canviat altres hàbits durant l'embaràs, mentre que a partir dels 3 mesos el grup que espera la primera criatura (FC) va disminuint, i OC (grup que ja en té d'altres) va augmentant, encara que sigui molt a poc a poc.

4.1.4. Canvis en la relació de parella.

Taula 14: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (GG).

GG	Abans	Durant	3m	12m
Parella no està per vostè	-	25%	44%	40%
Problemes relació parella	74%	78%	84%	92%
Necessitat parella	-	65%	66%	67%
Relació negativa	-	3%	5%	6%
Millora relació	-	-	20%	24%

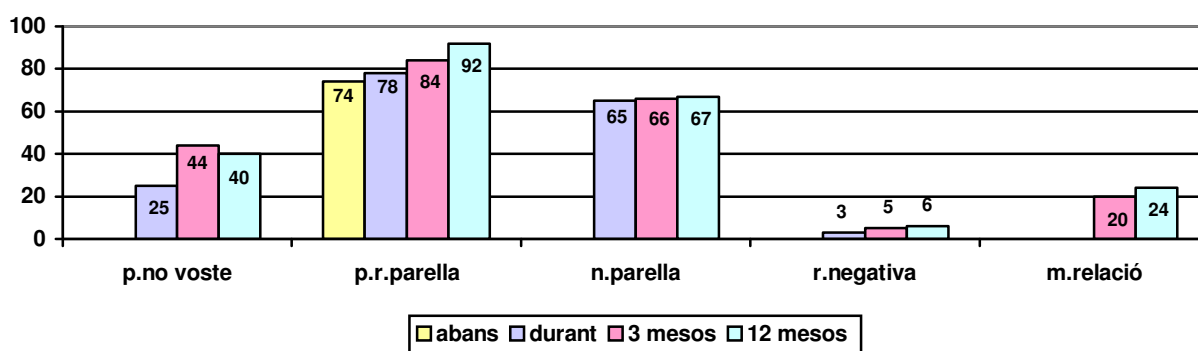


Figura 22: Percentatges de subjectes (GG) que afirmen haver realitzat algun canvi en la relació de parella durant l'estudi.

Taula 15: percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi i segons ítems (resum GG).

Abans	Durant	3 mesos	12 mesos
Problemes parella	Problemes parella	Problemes parella	Problemes parella
1. Temps junts 40%	1. Sexualitat 50%	1. Temps junts 60%	1. Temps junts 80%
2. Sexualitat 29%	2. Temps junts 42%	2. Sexualitat 51%	2. Sexualitat 46%
3. Comunicació 27%	3. Convivència 21%	3. Comunicació 41%	3. Comunicació 45%
4. Convivència 23%	4. Comunicació 20%	4. Ajuda 37%	4. Ajuda 41%
5. Ajuda 18%	5. Ajuda 11%	5. Convivència 24%	5. Convivència 34%
6. Afecte 8%	6. Afecte 5%	6. Afecte 12%	6. Afecte 24%

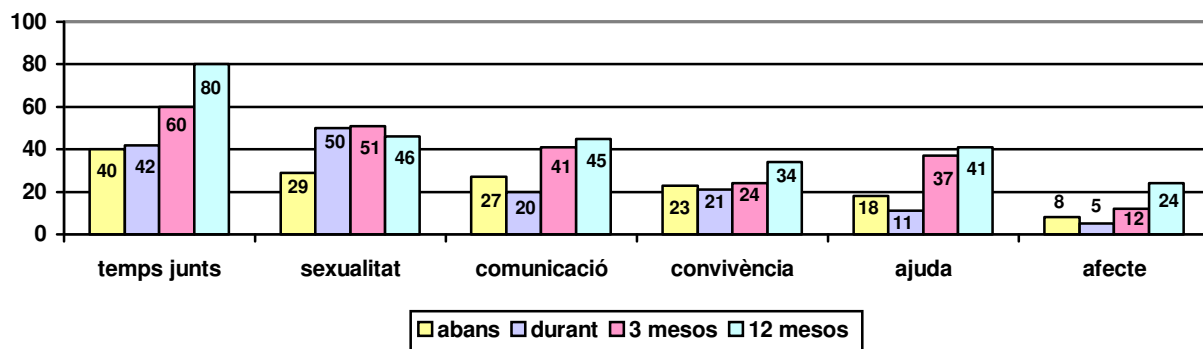


Figura 23: Percentatges de subjectes (GG) que afirmen tenir problemes de relació de parella durant l'estudi.

Referent a tot el grup investigat (GG):

Els PROBLEMES DE PARELLA augmenten al mateix temps que augmenta la NECESSITAT DE SUPORT DE LA PARELLA i d'una MILLORA DE RELACIÓ (taula 14 i figura 22). Els subjectes, als 3 mesos de vida de la criatura, pateixen més la SENSACIÓ DE QUÈ LA SEVA PARELLA NO ESTÀ TANT PER ELLS (44%), i als 12 mesos, encara que disminueix el percentatge de subjectes que ho afirmen (40%), aquest percentatge encara és superior al període de l'embaràs (25%).

Quan analitzem els ítems que conformen cada apartat (taula 15 i figura 23), observem que, en primer lloc (abans, 3 i 12 mesos), el problema principal és la *manca de temps amb la parella*, que si abans de l'embaràs no abastava la meitat de la mostra, als 12 mesos de vida del bebè ateny al 80% de subjectes que el consideren el principal problema.

Ja abans de l'embaràs, la *sexualitat* ocupava el segon lloc en la problemàtica relacional de la parella (amb gairebé una tercera part de la mostra), però durant l'embaràs augmenta a la meitat de la població estudiada (ocupant el primer lloc), i continua augmentant lleugerament als 3 mesos de vida del nadó. Després, als 12 mesos de vida de la criatura, no arriba a la meitat de la mostra i ocupa el segon lloc. De totes formes, el percentatge de subjectes que afirmen que tenen problemes sexuals amb la parella, si comparem entre abans de l'embaràs i als 12 mesos de vida de la criatura, convergeixen amb els que obteníem durant l'embaràs.

A partir d'aquests dos ítems, que van ocupant el primer i segon lloc com a més problemàtics, els altres (*comunicació, convivència, ajuda i afecte*), segueixen la següent evolució: disminueixen durant l'embaràs per anar augmentant progressivament a mida que avança la investigació, per arribar al percentatge màxim als 12 mesos de vida de l'infant.

Taula 16: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (FC).

FC	Abans	Durant	3m	12m
Parella no està per vostè	-	23%	41%	46%
Problemes relació parella	78%	80%	81%	92%
Necessitat parella	-	63%	62,5%	65%
Relació negativa	-	6%	6%	4%
Millora relació	-	-	25%	27%

Taula 17: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (OC).

OC	Abans	Durant	3m	12m
Parella no està per vostè	-	27%	48%	33%
Problemes relació parella	70%	77%	88%	91%
Necessitat parella	-	67%	70%	70%
Relació negativa	-	0%	4%	8%
Millora relació	-	-	15%	21%

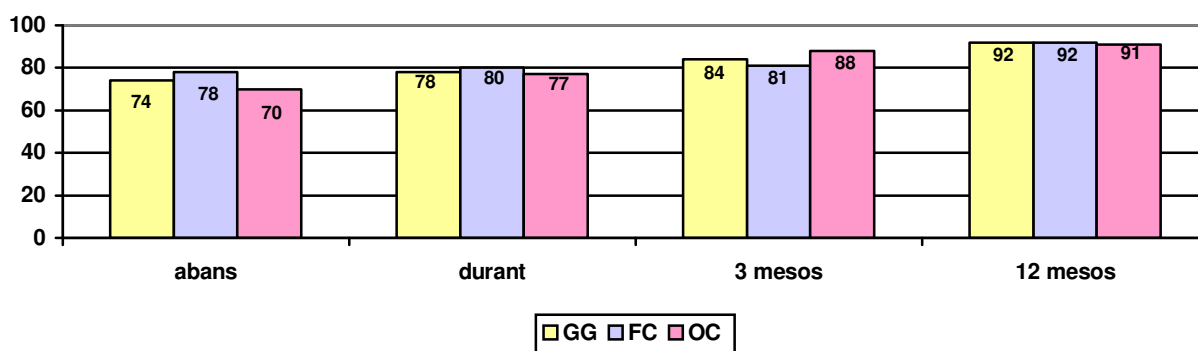


Figura 24: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen tenir problemes de relació amb la seva parella.

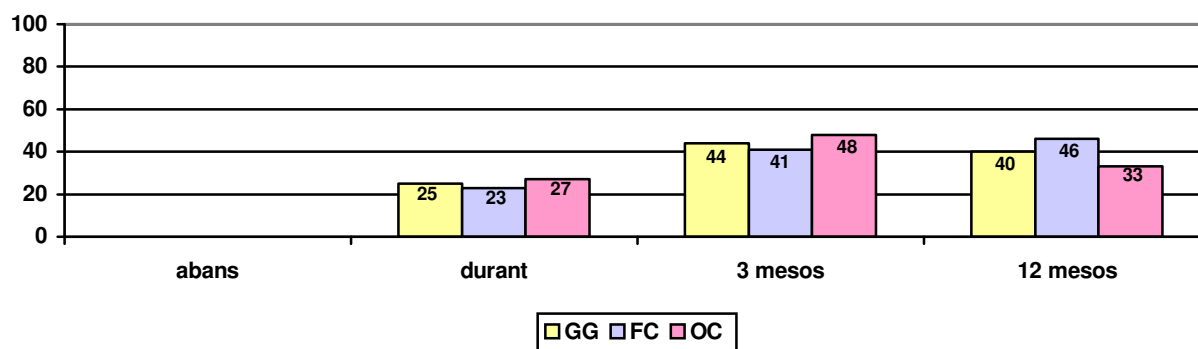


Figura 25: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen tenir la sensació de què la seva parella no està tant per ells.

La taula 16 ens mostra que **al grup de la primera criatura (FC)** als 12 mesos de vida de l'infant, gairebé la meitat afirma que la seva PARELLA NO ESTÀ TANT PER ELLS. I al mateix temps, és quan NECESSITEN MÉS EL SEU SUPORT (65%), i MILLORA LA RELACIÓ DE PARELLA (27%). És als 3 mesos de vida de la criatura quan la RELACIÓ ÉS MÉS NEGATIVA (però això només ho afirma un 6% de la mostra).

Al grup que ja en té d'altres (OC) (taula 17), als 3 mesos de vida de l'infant, gairebé la meitat dels subjectes afirmen que la SEVA PARELLA NO ESTÀ TANT PER ELLS, al mateix temps que gairebé tres quartes parts necessiten més el seu suport.

Als 12 mesos, gairebé tots els subjectes tenen PROBLEMES AMB LA PARELLA (que han augmentat a mesura que passa el temps) i hi mantenen una RELACIÓ MÉS NEGATIVA. I, el mateix percentatge de subjectes que als 3 mesos (70%), afirma que continua NECESSITANT EL SEU SUPORT.

Els PROBLEMES DE RELACIÓ AMB LA PARELLA augmenten amb el pas del temps (figura 24), però cal tenir en compte que gairebé tres quartes parts de la mostra (GG) afirmaven que ja en tenien abans de l'embaràs. A més cal que ens fixem que és el grup FC (78%) el que ja en aquesta època afirma que en té més que OC (70%).

Durant l'embaràs, els dos grups (FC i OC) obtenen percentatges semblants de subjectes que afirmen que pateixen problemes (arribant a més de tres quartes parts de la mostra), però quan el nadó fa 3 mesos, el grup que ja té altres fills/es (OC) augmenta el percentatge (88%), mentre que el grup que n'espera el primer (FC) es manté més estable (81%). Als 12 mesos, tots dos grups augmenten els percentatges i la majoria de la mostra afirma que té problemes amb la seva parella.

Durant l'embaràs, una quarta part de la mostra afirma que pateix la SENSACIÓ DE QUÈ LA SEVA PARELLA NO ESTÀ TANT PER ELLS, i encara que el grup OC obté un percentatge una mica més alt, tots dos grups obtenen un percentatge semblant (figura 25).

Als tres mesos, obtenim el percentatge més alt de subjectes (gairebé la meitat de la mostra) que afirmen que senten que la seva parella no està tant per ells, sobretot al grup OC (48%), mentre que haurem d'esperar els 12 mesos de vida de la criatura per a què el grup FC arribi a la punta de subjectes que afirmen que la seva parella no està tant per ells (46%).

4.1.5. Canvis en les relacions amb la família nuclear extensa.

Taula 18: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (GG).

GG	Durant			3m			12m		
Reacció positiva	98,5%			95%			62%		
	P	M	A	P	M	A	P	M	A
Necessitat suport	28%	33%	10%	36%	44%	10%	35%	51%	6%
Relació negativa	5%	10%	7%	3%	5%	7%	4%	10%	10%

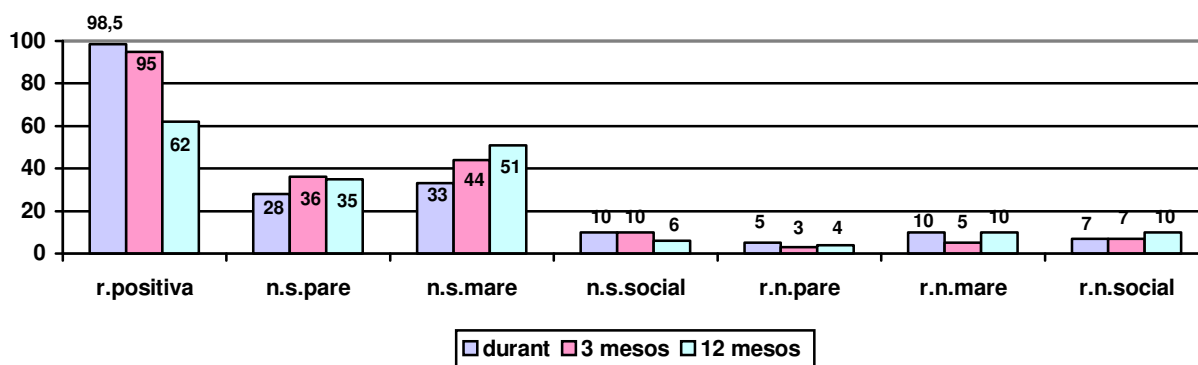


Figura 26: Percentatges de subjectes (GG) que afirmen haver realitzat algun canvi en les relacions amb la família nuclear extensa.

Taula 19: percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi i segons ítems (resum GG).

Durant	Als 3 mesos	Als 12 mesos
Informació per l'embaràs i el part	Informació per ser pare	Informació per ser pare
1 Professionals 69%	1. Entorn socio-familiar 91,5%	1. Entorn socio-familiar 90%
2 Fonts documentals 68%	2. Lògica pròpia 86%	2. Lògica pròpia 82%

Taula 20: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (FC).

FC	Durant			3m			12m		
Reacció positiva	100%			97%			66%		
Necessitat suport	P	M	A	P	M	A	P	M	A
	37%	37%	7%	44%	56%	6%	50%	69%	4%
Relació negativa	9%	12%	7%	3%	3%	12%	0%	11%	11%

Com veiem a la taula 18 i a la figura 26, gairebé tots **els subjectes de la mostra (GG)** afirmen que davant de l'embaràs, **LA FAMÍLIA HA RESPOST SATISFACTÒRIAMENT**, però l'ajut que en reben disminueix amb el temps, fins arribar a poc més de la meitat dels subjectes als 12 mesos de vida de la criatura.

Pel que fa a la **NECESSITAT DE SUPORT**, als 3 mesos de vida de la criatura s'ateny el percentatge més alt de subjectes que necessiten el *suport del pare* (36%), percentatge semblant als 12 mesos (35%); mentre que a mesura que passa el temps, els subjectes diuen que necessiten més del *suport de la pròpia mare*, i així als 12 mesos observem que més de la meitat del grup afirma que li cal. Però si ens fixem en els percentatges obtinguts durant l'embaràs ja observem que mentre poc més d'una quarta part afirmava que necessitava més suport del pare, la tercera part el necessitava de la mare (taula 18 i figura 26).

A mesura que s'incrementa la necessitat d'aquest suport matern, també augmenta el percentatge de subjectes que senten la relació amb la mare com a més negativa (10% als 12 mesos).

Pel que fa a la necessitat de *suport social*, disminueix (encara que el percentatge de subjectes que afirmaven que el necessitaven durant l'embaràs, fos molt petit) a mesura que també empitjora la relació social. Als 12 mesos de vida de l'infant obtenim el percentatge més alt de subjectes que tenen una relació social més negativa (però continua sent molt baixa), al mateix temps que augmenta lleugerament la necessitat de suport social (taula 18 i figura 26)..

Segons la taula 19, els subjectes per informar-se sobre l'embaràs i el part, utilitzen principalment *l'ajuda dels professionals* (69%) i de les *fonts documentals* (68%), i no fan servir de forma important familiars o amics. Però quan ja són pares, els professionals i les fonts documentals deixen d'ocupar el primer lloc, i són substituïts per *l'entorn socio-familiar i la pròpia lògica*.

Tots **els subjectes FC** (taula 20) afirmen que la família ha respost positivament a la notícia de l'embaràs, opinió que va canviant a mesura que passa el temps; i ens trobem que als 12 mesos de vida de la criatura, poc més de la meitat del grup afirma que la família els ajuda.

Pel que fa a la **NECESSITAT DE SUPORT**, durant l'embaràs del primer fill (FC), el percentatge de subjectes que **EL NECESSITEN DEL PARE** o **DE LA MARE** és el mateix (37%), però augmenta a mesura que creix el nadó, sobretot de la mare, seguida del pare. Així als 3 mesos el 44% dels subjectes FC, i als 12 mesos el 50%, necessiten el suport del pare; mentre que als 3 mesos ho fa el 56% i als 12 mesos el 69% necessiten del suport de la mare (taula 20).

Respecte a la **RELACIÓ NEGATIVA AMB LA PRÒPIA MARE O EL PROPI PARE** (taula 20), durant l'embaràs els subjectes l'afirmen com a més negativa. Als 3 mesos de vida del nadó, aquesta relació negativa disminueix molt ja que només l'enregistren el 3%. Als 12 mesos, mentre la relació negativa amb la mare (11%) torna a augmentar a un percentatge de subjectes semblant al temps de l'embaràs (12%), no trobem cap subjecte que tingui una relació negativa amb el pare.

Pel que fa **ALS AMICS** (taula 20), són molt pocs els subjectes FC que afirmen que necessiten el seu suport, i fins i tot trobem que als 3 i als 12 mesos de vida de l'infant hi ha un percentatge més alt de pares que afirmen que hi mantenen una relació negativa que de pares que necessiten el seu suport.

Taula 21: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (OC).

OC	Durant			3m			12m		
Reacció positiva	97%			93%			58%		
Necessitat suport	P	M	A	P	M	A	P	M	A
	20%	30%	13%	26%	30%	15%	17%	30%	9%
Relació negativa	0%	7%	7%	4%	7%	0%	8%	8%	9%

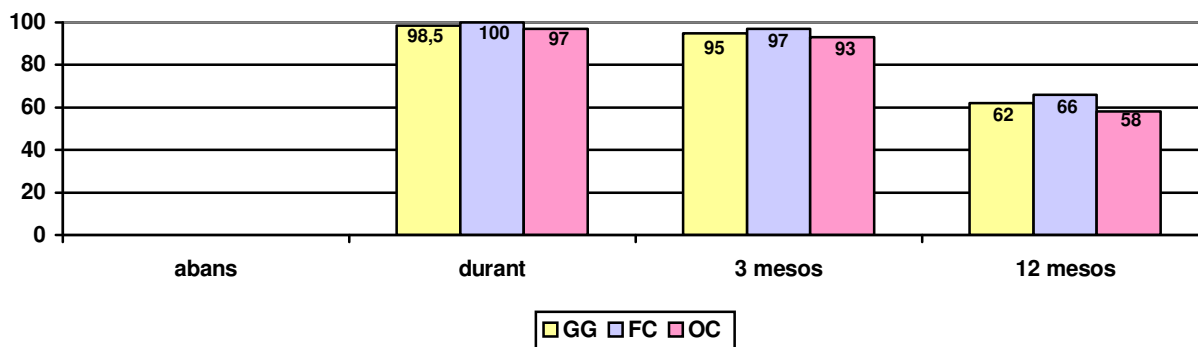


Figura 27: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen haver canviat les relacions amb la família nuclear extensa.

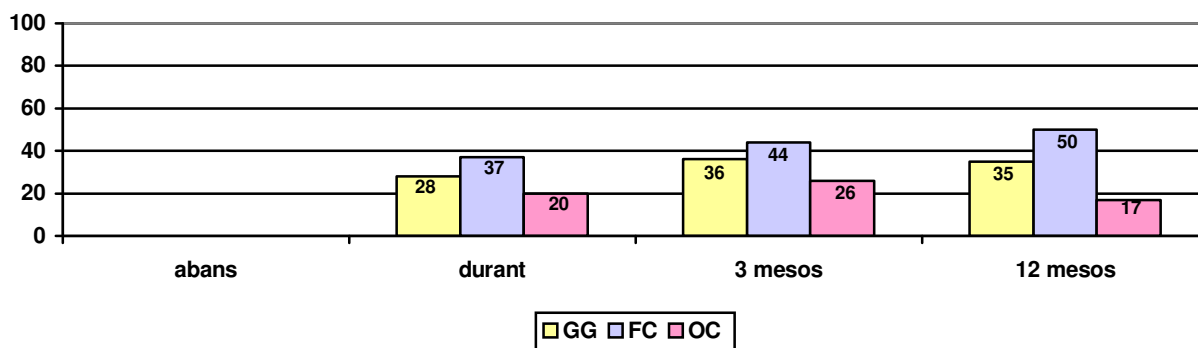


Figura 28: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen necessitar el suport del propi pare.

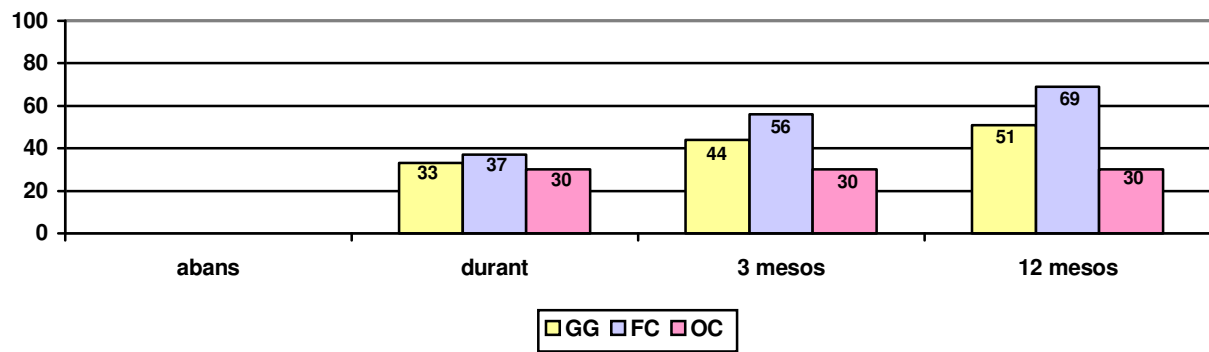


Figura 29: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen necessitar el suport de la pròpia mare.

Gairebé tots **els subjectes que ja tenen alguna altra criatura (OC)** afirmen que **LA FAMÍLIA HA RESPOST POSITIVAMENT DAVANT DE L'EMBARÀS** (taula 21), però com hem vist, ens trobem que, també en aquest grup, als 12 mesos de vida del fill/a, poc més de la meitat dels subjectes afirma que la família els ajuda.

Pel que fa a la **NECESSITAT DE SUPORT** (taula 21), en aquest grup OC el percentatge de subjectes que necessiten el SUPORT DE LA MARE es manté constant des de l'embaràs fins als 12 mesos de vida de l'infant (30%), mentre que el percentatge de subjectes que afirmen que necessiten el SUPORT DEL PARE varia (és als 3 mesos quan n'hi ha un percentatge més alt: 26%), però sense arribar mai al percentatge de subjectes que afirmen que necessiten el suport de la mare. I fins i tot als 12 mesos el percentatge de subjectes que afirma que el necessita (17%) és inferior al que ho afirmava durant l'embaràs (20%).

La **RELACIÓ NEGATIVA AMB LA MARE** (taula 21), encara que són pocs els subjectes OC que afirmen que la tenen, també es manté bastant constant, encara que als 12 mesos sembla que augmenta lleugerament (passem del 7% al 9%).

Mentre que pel que fa a la **RELACIÓ NEGATIVA AMB EL PARE** (taula 21), si durant l'embaràs cap subjecte OC afirmava que la tenia, a mesura que passa el temps, va augmentant, i assoleix el zenit als 12 mesos (encara que el percentatge sigui molt petit).

Pel que fa a les **AMISTATS**, apareixen també uns percentatges molt baixos tant per afirmar que les necessiten com que hi tenen una relació negativa.

Segons la figura 27, els dos grups (FC i OC) són força homogenis pel que fa a la **REACCIÓ POSITIVA** de la família nuclear extensa davant de l'embaràs i fases posteriors.

De totes formes, ja durant l'embaràs el grup que ja té algun fill/a o OC (97%) té un percentatge una mica més baix que el grup que n'espera el primer o FC (100%). Als tres mesos de vida de la criatura, el percentatge de subjectes que afirmen que reben ajuda de la família disminueix lleugerament, i als 12 mesos veiem que sols poc més de la meitat dels subjectes de tots dos grups, afirmen que la reben.

La figura 28, ens palesa com tots dos grups responen de forma diferent davant de la **NECESSITAT DE SUPORT DEL PROPI PARE**. Ja durant l'embaràs poc més de la tercera part del grup FC afirmava que el necessitava, davant d'una cinquena part del grup OC. Als 3 mesos de vida del nadó, tots dos grups augmenten el percentatge de subjectes que afirmen que el necessiten, però mentre el grup FC s'apropa a la meitat del grup, OC depassa lleugerament la quarta part del seu grup. Finalment, als 12 mesos, tots dos grups

reaccionen de forma diferent, ja que mentre la meitat del grup FC afirma que necessita el suport del propi pare, OC disminueix el percentatge de subjectes, arribant fins i tot a un resultat (17%) lleugerament inferior al temps de l'embaràs (20%).

Respecte a la necessitat de SUPORT DE LA PRÒPIA MARE (figura 29), augmenta de forma clara entre els subjectes del grup que espera el primer fill/a (FC) mentre que el grup que ja en té algun (OC) manté el mateix percentatge durant tota la investigació. FC passa del 37% de subjectes que afirma que el necessita durant l'embaràs, a més de la meitat de la mostra als 3 mesos, fins arribar al 69% als 12 mesos.

4.1.6. Autorrepresentació de la paternitat.

Taula 22: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (GG).

GG		Durant	3m	12m
Part (parella)		97%	96%	-
Part (pors)		93,5%	100%	-
Part (fill/a)		73%	100%	-
Sentiments li desperta el seu fill/a	Positiu	Ecografia: 93%	98%	100%
	Negatiu	Ecografia: 16%	31%	42%
Com serà de pare	Positiu	93,5%	95%	92%
	Negatiu	35,5%	59%	72%
Propi pare	Positiu	87%	-	-
	Negatiu	75%	-	-
Estava preparat per ser pare		-	93%	88%
És el pare que li agradaria	Si	-	-	69%
	A vegades	-	-	10%
Ajudaré parella	Exp: 92%	100%	78%	82%

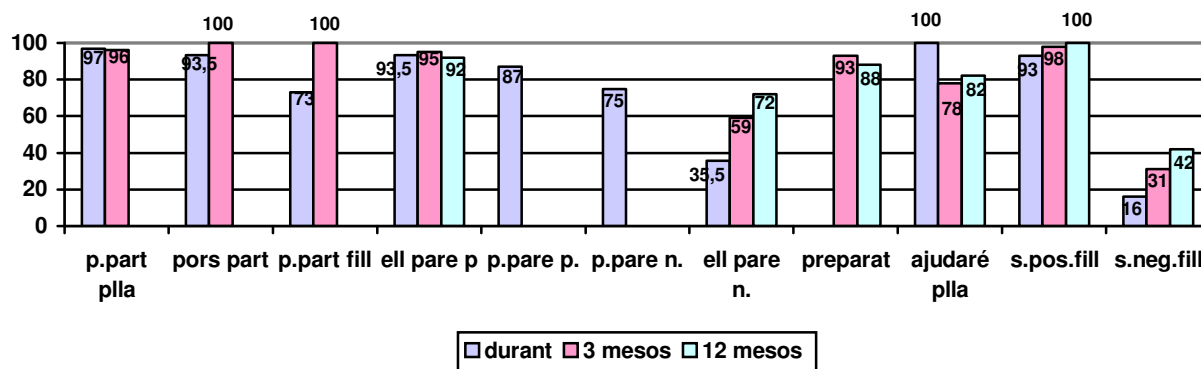


Figura 30: Percentatges de subjectes (GG) que puntuen pel que fa a l'autorrepresentació de la paternitat.

Referent als subjectes que conformen tota la mostra (GG).

Pel que fa a la PARTICIPACIÓ AL PART (taula 22 i figura 30), les expectatives solen acomplir-se, ja que el percentatge de subjectes (GG) que pensen que hi participaran i els que hi participen realment són molt semblants. I si examinem els percentatges d'aquesta participació en relació al nadó (*agafar-lo, tallar el cordó umbilical, filmar*), les expectatives s'acompleixen més del que es preveia, perquè tots els subjectes afirmen que, al final, han participat d'una forma o una altra (taula 23).

Mentre que les EXPECTATIVES DE COM SERAN COM A PARES (taula 22) van evolucionant. Si durant l'embaràs gairebé tots els subjectes (GG) pensaven que *serien bons pares* i només una tercera part pensava que patiria *trets negatius*, als 12 mesos de vida de l'infant ha disminuït una mica el percentatge d'expectatives de trets positius, mentre els trets negatius que, com dèiem, durant l'embaràs sols una tercera part pensava que patiria, als 12 mesos afecten a gairebé tres quarts parts dels pares.

Quan als 3 mesos de vida de la criatura se'ls hi pregunta als pares si pensen que ESTAVEN PREPARATS PER SER-HO (taula 22) la majoria del grup GG, contesta afirmativament (93%); als 12 mesos el percentatge obtingut disminueix lleugerament (88%).

A més, mentre els SENTIMENTS POSITIUS QUE DESPERTA EL FILL/A (taula 22) van augmentant (del 93% de subjectes que els afirmen a l'ecografia fins al 100% de subjectes als 12 mesos), també n'augmenten els NEGATIUS, que s'incrementen del 16% de subjectes que els van sentir a l'ecografia al 42% als 12 mesos.

Finalment, pel que respecta a la PARTICIPACIÓ EN LES FEINES DE LA CASA (taula 22), si durant l'embaràs tots els subjectes GG afirmaven que hi participaven, a mesura que passa el temps aquest percentatge va disminuint, sobretot al tercer mes de vida de l'infant. Passem d'un 100% de participació durant l'embaràs a un 78% als tres mesos. Als 12 mesos torna a augmentar lleugerament el percentatge de pares que afirmen que ajuden a la parella (82%).

Taula 23: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi i segons ítems (resum GG).

	Durant-expectatives	3 mesos	12 mesos
Trets positius propi pare: 1. Responsable 69% 2. Afectuós 54%	Expectatives trets positius com a pare 1. Afectuós 69% 2. Responsables 49%	Trets positius com a pare 1. Afectuós 83% 2. Responsables 75%	Trets positius com a pare 1. Responsables 80% 2. Afectuós 78%
Trets negatius propi pare: 1. Ocupat 46% 2. Autoritari 39%	Expectatives trets negatius com a pare 1. Autoritari 16% 2. Preocupat 8%	Trets negatius com a pare 1. Preocupat 27% 2. Controlador 19%	Trets negatius com a pare 1. Preocupat 34% 2. Controlador 34% 3. Autoritari 22%
	Expectatives participació part (dona) 97% 1. Costat parella 97% 2. M.control 73% e.s	Participació part (dona) 96% 1. Costat parella 84% 2. Relaxar 41%	
	Expectatives participació part (fill/a) 73% 1. Agafar fill/a 73% 2. Tallar cordó 24%	Participació part (fill/a) 100% 1. Agafar fill/a 37% 2. Tallar cordó 6%	
	Sentiments positius fill/a: 1. Alegria (82%) 2. Sorpresa (27%)	Sentiments positius fill/a: 1. Alegria (95%) 2. Capacitat d'estimació (90%)	Sentiments positius fill/a: 1. Alegria (98%) 2. Estima (90%)
	Sentiments negatius fill/a: 1. Preocupació (16%)	Sentiments negatius fill/a: 1. Preocupació (26%) 2. Ambivalència (5%)	Sentiments negatius fill/a: 1. Preocupació (34%) 2. Ambivalència (12%)

Pel que fa a les EXPECTATIVES DE COM PENSAVEN QUE SERIEN COM A PARES, **tots els subjectes que conformen la mostra GG**, (taula 23), entre els TRETOS POSITIUS apareixien principalment els ítems *afectuós* i *responsable*, que s'acompleixen i fins i tot s'incrementen als 3 mesos de vida del nadó. Per contra, als 12 mesos de vida de la criatura els pares d'aquest estudi ja no es consideren tan afectuosos (baixa el percentatge de subjectes i ocupa el segon lloc) i es consideren més *responsables* (augmenta el percentatge i passa a ocupar el primer lloc). I si comparem aquestes dades amb L'OPINIÓ QUE EN TENIEN DEL SEU PROPI PARE, veiem que mantenen el mateix ordre, encara que ells s'hi consideren més (obtenim percentatges més alts), fet que no passava en les expectatives.

Referent als TRETOS NEGATIUS (taula 23), l'ítem *preocupat* és el que més apareix i evoluciona durant la investigació, ja que si com a expectativa apareixia en segon lloc (només el 8% dels subjectes pensaven que ho estarien), als 12 mesos més d'una tercera part de la mostra afirma que ho està. Mentre que el denominador *autoritari* que apareix com a expectativa, no reapareix fins als 12 mesos ocupant el tercer lloc, però amb increment del percentatge de subjectes que l'afirmen.

Si ara comparem aquestes dades amb L'OPINIÓ QUE TENIEN DEL SEU PROPI PARE (taula 23), veiem que principalment el consideraven *ocupat* i *autoritari*. Hem d'esperar als 12 mesos de vida de la criatura per obtenir l'autoadjudicació de l'adjectiu *autoritari*, però en cap moment es consideren *ocupats*.

Referent als SENTIMENTS QUE ELS HI DESPERTA EL NADÓ (taula 23), l'*alegria* és el principal, que augmenta amb el temps, igual que el sentiment de *preocupació* i d'*ambivalència* (encara que en percentatges molt més petits).

Taula 24: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (FC).

FC		Durant	3m	12m
Part (parella)		100%	100%	-
Part (pors)		97%	100%	-
Part (fill/a)		75%	100%	-
Sentiments li desperta el seu fill/a	Positiu	Ecografia:97%	100%	100%
	Negatiu	Ecografia:16%	45%	46%
Com serà de pare	Positiu	97%	97%	92%
	Negatiu	41%	59%	69%
Propi pare	Pos.	94%	-	-
	Neg	72%	-	-
Estava preparat per ser pare		-	97%	81%
És el pare que li agradaria	Si	-	-	81%
	A vegades	-	-	0%
Ajudaré parella	Exp: 97%	100%	87,5%	85%

Taula 25: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (OC).

OC		Durant	3m	12m
Part (parella)		93%	91%	-
Part (pors)		90%	100%	-
Part (fill/a)		70%	100%	-
Sentiments li desperta el seu fill/a	Positiu	Ecografia:88%	96%	100%
	Negatiu	Ecografia:16%	12,5%	37,5%
Com serà de pare	Positiu	90%	93%	92%
	Negatiu	30%	59%	75%
Propi pare	Pos.	79%	-	-
	Neg	79%	-	-
Estava preparat per ser pare		-	92%	79%
És el pare que li agradaria	Si	-	-	54,5%
	A vegades	-	-	23%
Ajudaré parella	Exp: 86%	100%	67%	79%

En referència a la PARTICIPACIÓ AL PART DE CARA A LA PARELLA, **al grup FC o que espera el primer fill/a** (taula 24), tots els subjectes aconsegueixen les seves expectatives de participar-hi d'una forma o d'una altra, mentre que pel que fa a com pensaven que hi PARTICIPARIEN DE CARA AL NADÓ, tots els subjectes afirmen que han participat, per damunt de les tres quartes parts del grup que pensaven fer-ho.

Pel que fa a les PORS DAVANT DEL PART (taula 24), gairebé tots els subjectes pensaven que en tindrien alguna, prevenció confirmada posteriorment.

En relació als TRETOS POSITIUS SOBRE COM PENSEN QUE SERAN DE PARES (taula 24), als tres mesos obtenim el mateix percentatge que durant l'embaràs (gairebé tota la mostra), que disminueix lleugerament als 12 mesos. Quan analitzem els TRETOS NEGATIUS, veiem que si durant l'embaràs no arribava a la meitat el nombre de subjectes que pensaven que en tindrien després del part, augmenten fins arribar a confessar-ne algun, gairebé tres quartes parts del grup.

Quan els hi preguntem si estaven PREPARATS PER SER PARES (taula 24), la resposta positiva de gairebé tots els subjectes als tres mesos disminueix lleugerament als 12 mesos.

Al mateix temps, a partir dels 3 mesos de vida de la criatura tots els subjectes afirmen que ELS HI DESPERTA tant SENTIMENTS POSITIUS com NEGATIUS (que continua augmentant el percentatge de subjectes) (taula 24).

I pel que fa a la PARTICIPACIÓ EN LES FEINES DE CASA (taula 24), veiem que si durant l'embaràs el 100% pensava que hi ajudaria, això no s'acaba d'acomplir, ja que poc més de tres quartes parts, reconeix després que ho fa.

Pel que fa a *la* PARTICIPACIÓ AL PART DE CARA LA PARELLA (taula 24), **el grup que ja té més fills/es o OC** (taula 25), en principi, no tots els subjectes pensaven participar-hi, i quan se'ls hi torna a preguntar als 3 mesos de vida de la criatura, aquest percentatge encara disminueix.

En quant a la PARTICIPACIÓ AL PART DE CARA AL FILL/A (taula 25), tots els subjectes afirmen que hi van participar d'alguna forma, però durant l'embaràs no tots pensaven que ho farien, ja que només un 70% pensava participar-hi.

A l'ítem PORS DURANT EL PART (taula 25), observem que gairebé tots els subjectes OC pensaven que en tindrien alguna, i als 3 mesos de vida del nadó tots els subjectes confirmen que n'han tingut.

Referent a COM CREU QUE SERÀ COM A PARE (taula 25), la punta més alta de subjectes OC que afirmen TRETS POSITIUS la trobem als 3 mesos de vida de la criatura, quan gairebé tots els subjectes diuen que en tenen algun, percentatge que disminueix lleugerament als 12 mesos de vida de l'infant.

Quan preguntem sobre TRETS NEGATIUS (taula 25), augmenta el percentatge de subjectes que afirmen que en tenen algun. Si durant l'embaràs no arribava a una tercera part de subjectes que pensaven que en patirien, als 12 mesos de vida del bebè tres quartes parts dels pares afirmen que en pateixen.

Als 12 mesos baixa el percentatge de subjectes que responien afirmativament als 3 mesos sobre si estaven PREPARATS PER SER PARES (taula 25), que passen de gairebé tots a una mica més de les tres quartes parts de la mostra.

Pel que fa als SENTIMENTS POSITIUS QUE LI DESPERTA EL SEU FILL/A (taula 25), trobem que a mesura que passa el temps augmenten (del 88% a l'ecografia fins al 100% dels subjectes als 12 mesos). També a mesura que passa el temps, els pares afirmen que la seva criatura els hi desperta SENTIMENTS NEGATIUS, encara que als 3 mesos de vida el percentatge és menor i torna a augmentar als 12 mesos.

I finalment, en referència a l'AJUDA EN LES FEINES DE CASA (taula 25), si durant l'embaràs tots els subjectes OC afirmen que hi participen, el percentatge disminueix progressivament a mesura que passa el temps.

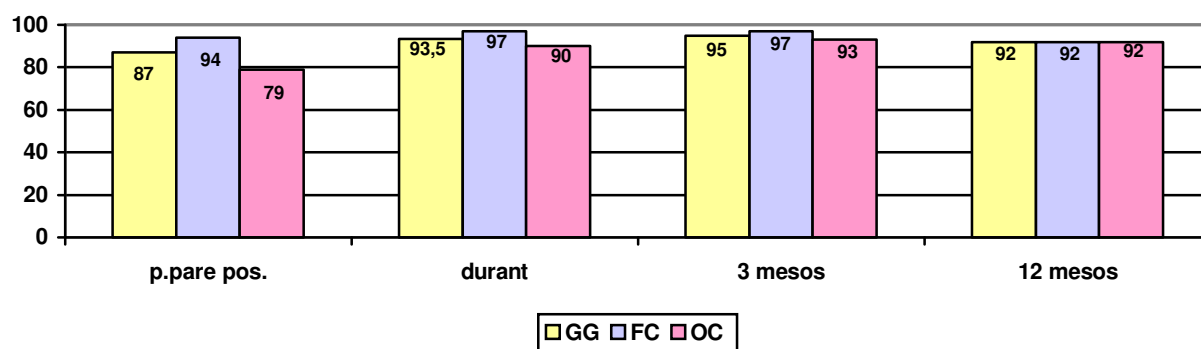


Figura 31: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que pensen que tenen trets positius com a pare.

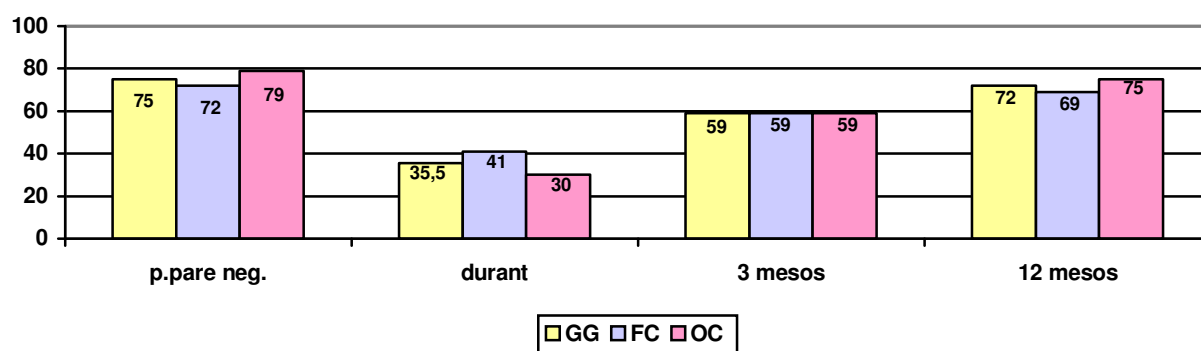


Figura 32: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que pensen que tenen trets negatius com a pare.

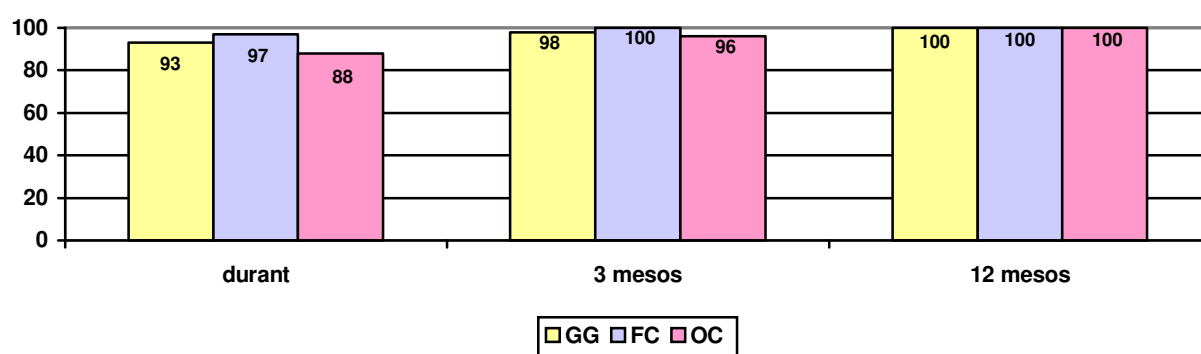


Figura 33: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que pensen que el seu fill/a li desperta sentiments positius.

Si comparem els trets positius que s'atribueixen com a pares, amb els que adjudiquen als seus propis pares (figura 31), gairebé tot el grup que espera el primer fill/a (FC) afirma que EL SEU PARE TENIA TRETS POSITIUS (94%); però poc més de tres quartes parts del grup que ja en té d'altres criatures (OC) ho pensa (79%).

Tant durant l'embaràs com als 3 mesos de vida de la criatura, el percentatge de subjectes que pensen que tenen trets positius millora els que atribueixen al propi pare. Però als 12 mesos de vida de l'infant, aquest percentatge disminueix lleugerament i tots dos grups s'homogeneïtzen, tots dos grups arriben a percentatges semblants als que obtenien quan els hi preguntàvem sobre les qualitats positives del seu propi pare.

Malgrat que tres quartes parts dels subjectes GG (figura 32), atribueixen als seus PROPIS PARES TRETS NEGATIUS, durant l'embaràs poc més d'una tercera part dels pares pensa que en patirà. Però a mida que passa el temps, aquests percentatges s'igualen als obtinguts als dels seus propis pares, i als 12 mesos de vida de la criatura, hi ha molt poca diferència.

Sobre els SENTIMENTS POSITIUS QUE DESPERTA LA CRIATURA (figura 33), gairebé tots els subjectes GG afirmen que la seva criatura els hi desperta aquesta mena de sentiments i, als 12 mesos, tots els subjectes (GG, FC, OC) responen afirmativament. Durant l'embaràs, el grup OC (88%) obté un percentatge de subjectes lleugerament més baix que FC (97%).

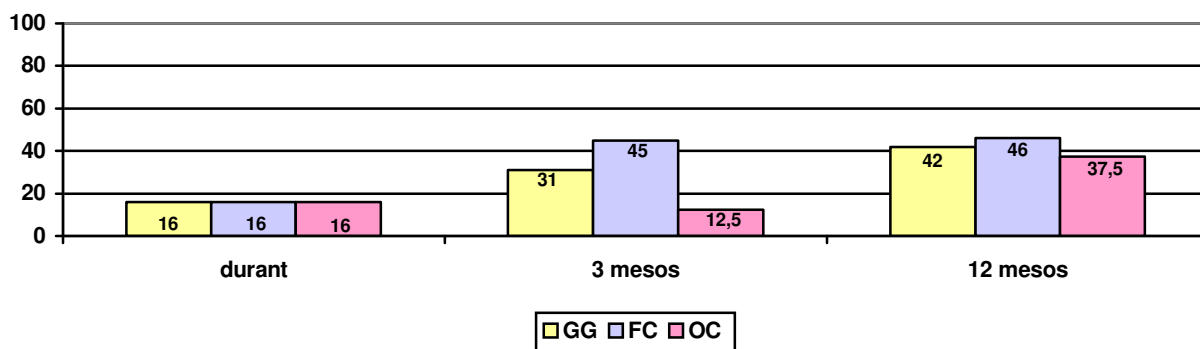


Figura 34: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que pensen que el seu fill/a li desperta sentiments negatius.

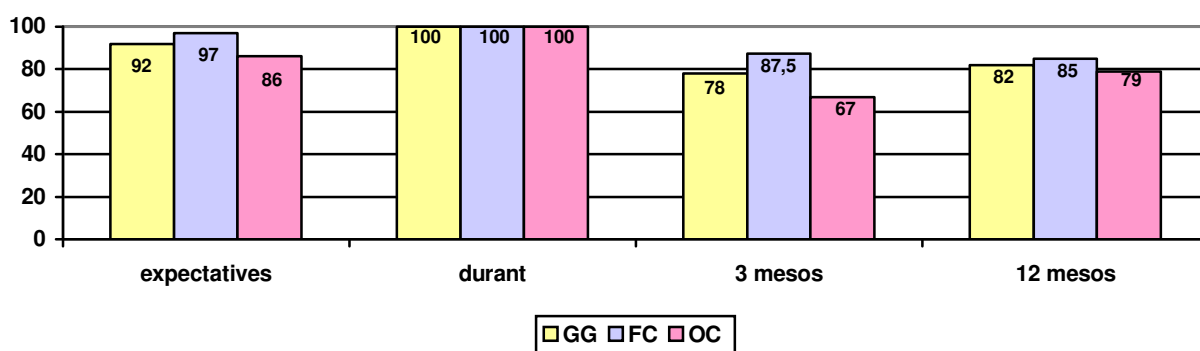


Figura 35: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que pensen que ajudaran a la seva parella en les feines de casa.

Quan preguntem sobre els SENTIMENTS NEGATIUS QUE DESPERTA EL FILL/A (figura 34), durant l'embaràs només un 16% de subjectes (GG, FC, OC) respon que els pateix; al grup que espera el primer fill/a (FC), als 3 mesos s'incrementa el percentatge al 45%, i al grup que ja en té d'altres (OC) disminueix al 12,5%. Als 12 mesos FC sembla que manté el percentatge dels 3 mesos (46%), mentre que OC l'augmenta (37,5%) .

Les dades observades (figura 35), ens indiquen que tots els subjectes (GG, FC, OC) afirmen que durant l'embaràs AJUDEN A LA PARELLA, encara que les expectatives eren menors. Però el percentatge de subjectes que pensen que ajudaran a la seva parella encara disminueix més als 3 mesos, quan una mica més de tres quartes parts de subjectes (GG) afirmen que ho fan. I a aquest percentatge hi arribem gràcies a FC que obté el 87,5% de subjectes mentre que OC disminueix fins al 67%. Als 12 mesos, veiem com GG augmenta el percentatge de pares que afirma que ajuda a la seva parella però, inversament als 3 mesos, en aquest cas OC augmenta el percentatge, mentre que FC el disminueix lleugerament.

4.1.7. Representacions mentals sobre el fill/a.

Taula 26: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (GG).

GG		Durant	3m	12m
Imaginar fill/a		100%	86%	80%
Semblar bebè	Pare	11%	17%	28%
	Mare	18%	15%	12%
	A tots dos	21%	32%	32%
	Familiars	10%	12%	14%
	No ho sé	19%	15%	2%
	No m'importa	5%	2%	2%

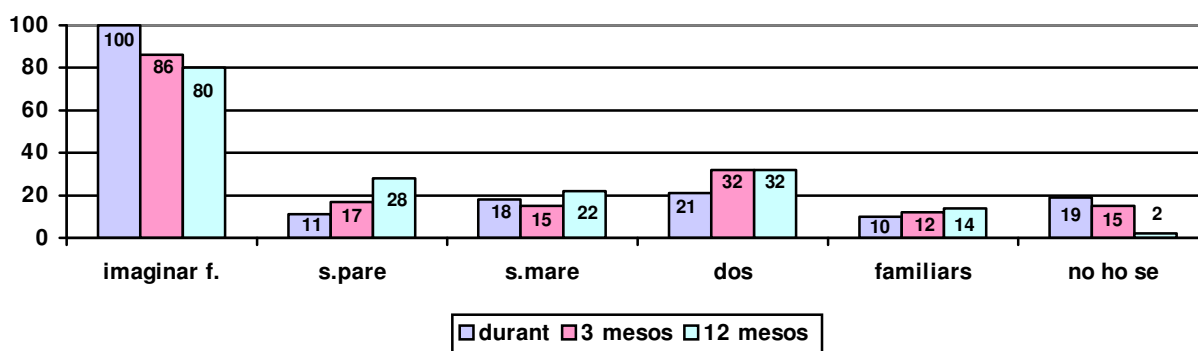


Figura 36: Percentatges de subjectes (GG) que puntuen l'ítem representacions mentals sobre el fill/a.

Taula 27: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi i segons ítems (resum GG).

Abans	Durant	3 mesos	12 mesos
	S'assemblarà a: 1. Tots dos 21% 2. No ho sé 19% 3. Mare 18%	S'assembla a: 1. Tots dos 32% 2. Pare 17% 3. Mare 15%	S'assembla a: 1. Tots dos 32% 2. Pare 28% 3. Familiars 14% 4. Mare 12%

Pel que fa a si S'IMAGINAVEN AL SEU FUTUR FILL/A durant l'embaràs (taula 26 i figura 36), tots **els subjectes que conformen la mostra, esperin la primera criatura o ja en tinguin d'altres (GG)**, responen afirmativament, però a mesura que passa el temps, quan els hi preguntem si el seu fill/a és com s'imaginaven, la correspondència entre aquesta representació mental i el que tenen davant disminueix, ja que sols una mica més de tres quarts parts l'afirmen als 12 mesos de vida de l'infant.

Per una altra banda, quan se'ls hi pregunta A QUI PENSEN QUE S'ASSEMBLARÀ (taula 27), gairebé una quarta part pensa que *a tots dos pares*, seguit de l'afirmació *no ho sé* (19%), i de què *s'assemblarà a la mare* (18%). Als 3 mesos de vida continuen afirmant en primer lloc que *s'assembla a tots dos* (32%), seguit de què *s'assembla al pare* (17%). I als 12 mesos continuen afirmant que *s'assembla a tots dos* (32%), seguit del *pare* (28%), *altres familiars* (14%) i per últim a *la mare* (12%).

Taula 28: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (FC).

FC		Durant	3m	12m
Imaginar fill/a		100%	78%	81%
S'assembla bebè	Pare	16%	22%	31%
	Mare	16%	12,5%	8%
	A tots dos	31%	41%	50%
	Familiars	3%	3%	4%
	No ho sé	19%	9%	2%
	No m'importa	6%	3%	4%

Taula 29: Percentatges obtinguts en l'escala durant l'estudi (OC).

OC		Durant	3m	12m
Imaginar fill/a		100%	96%	79%
S'assemblar bebè	Pare	7%	11%	25%
	Mare	6%	18,5%	17%
	A tots dos	10%	22%	12,5%
	Familiars	17%	22%	25%
	No ho sé	20%	22%	4%
	No m'importa	3%	0%	0%

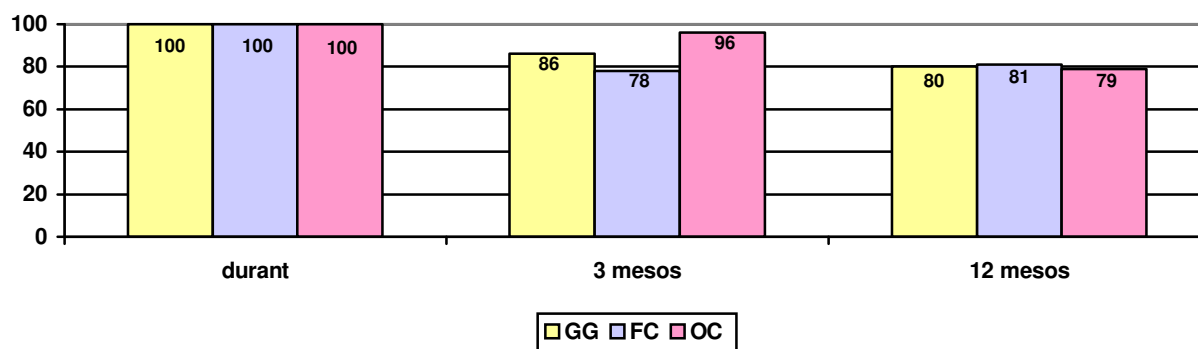


Figura 37: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen que s'imaginen al seu propi fill/a.

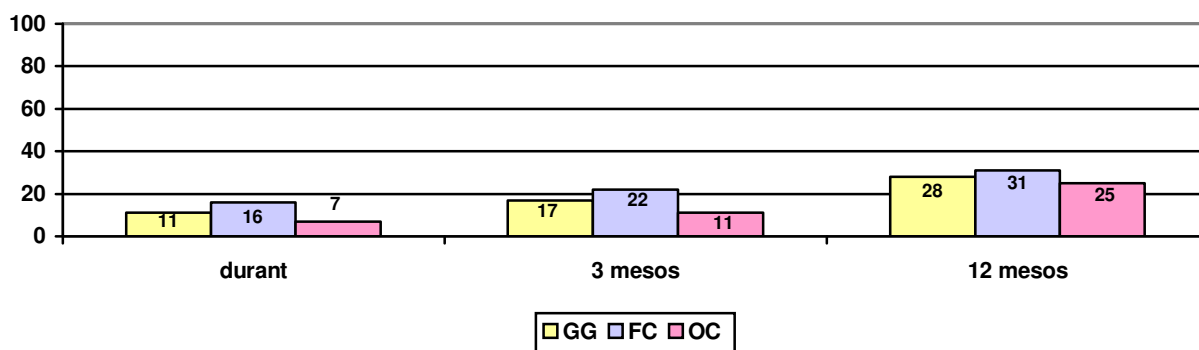


Figura 38: Comparació dels grups (GG, FC, OC), en percentatges de subjectes que afirmen que el seu fill/a s'assemblarà a ell mateix.

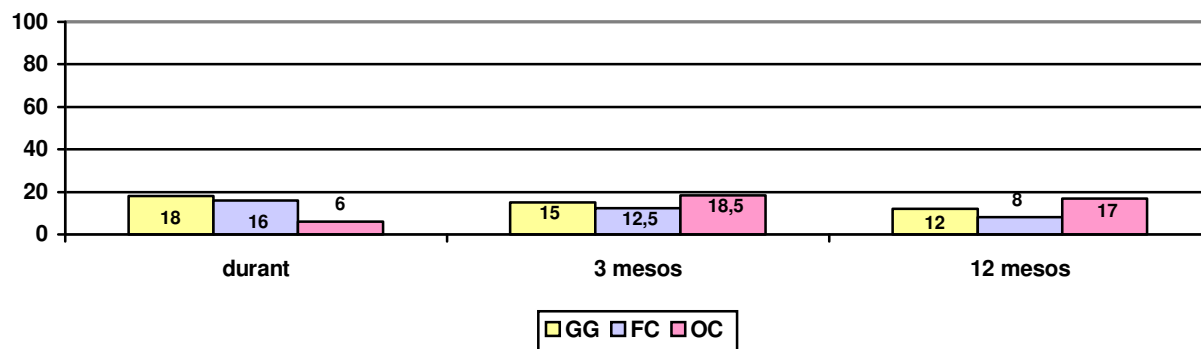


Figura 39: Comparació dels grups (GG, FC, OC) en percentatges de subjectes que afirmen que el seu fill/a s'assemblarà a la seva dona.

Quan observem els percentatges obtinguts pel **grup que espera la primera criatura (FC)** (taula 28), trobem que als 3 mesos de vida del bebè, una mica més de tres quartes parts de la mostra afirmen que és com se L'HAVIEN IMAGINAT durant l'embaràs, i aquest percentatge augmenta als 12 mesos.

Pel que respecta A QUI S'ASSEMBLARÀ (taula 28), durant l'embaràs gairebé una tercera part dels subjectes afirma que *a tots dos*, seguit de gairebé una cinquena part *no ho sé*. A continuació, i amb el mateix percentatge (16%), diuen que s'assemblarà *al pare o a la mare*.

Quan el bebè ja té tres mesos, el 41% dels subjectes afirma que *s'assembla a tots dos*, però augmenta fins a gairebé una quarta part el percentatge de pares que diuen que *s'assembla a ells*, seguit de què *s'assembla a la mare* (12,5%).

Finalment, als 12 mesos, la meitat dels pares troba que el bebè *s'assembla a tots dos*, gairebé una tercera part que *s'assembla a ells*, i només un 8% que *s'assembla a la mare*.

Els resultats obtinguts pel **grup que ja té altres fills/es (OC)** (taula 29) mostren que mentre que tots els subjectes S'IMAGINAVEN A LA CRIATURA, amb el temps disminueix el percentatge de pares que la veuen com s'imaginaven, fins arribar als 12 mesos a una mica més de les tres quartes parts dels subjectes.

En referència A QUI S'ASSEMBLA LA CRIATURA (taula 29), durant l'embaràs, el percentatge de respostes més alt que obtenim correspon a l'ítem *no ho sé* (20%), seguit d'*altres familiars* (17%) i *a tots dos* (10%).

Un cop el bebè té tres mesos, el mateix percentatge de pares pensen que *s'assembla a tots dos*, com que s'assembla a *altres familiars* com que *no saben a qui s'assembla* (22%), seguit de què *s'assembla a la mare* (18,5%) i, per últim, *al pare* (11%).

Als 12 mesos, el percentatge de subjectes torna a ser igual pels que responen que s'assembla a *altres familiars* com que s'assembla *al pare* (25%); seguit de *la mare* (17%) i *a tots dos* (12,5%).

Si analitzem els resultats obtinguts quan preguntem als subjectes SI S'IMAGINEN AL FILL/A (figura 37), tots els subjectes (GG, FC, OC) durant l'embaràs, afirmen que s'imaginaven a la criatura, però a mesura que es va fent gran, varia el percentatge de pares que ho afirmen. I qui manifesta més canvis és FC als 3 mesos, ja que sols tres quartes parts troben la criatura com s'imaginaven; mentre que gairebé tots els subjectes d'OC es refermem en la seva previsió.

Als 12 mesos del bebè, aquests percentatges continuen disminuint, fins que tots dos grups s'homogeneïtzin aproximadament al 80%.

Segons ens mostra la figura 38, a mesura que passa el temps, els dos grups augmenten el percentatge de pares que afirmen que *s'assembla a ells*. I sobretot el grup FC, que als 12 mesos arriba a gairebé una tercera part de respostes positives mentre que OC, malgrat l'increment del percentatge de subjectes en relació a l'embaràs, només ateny a una quarta part de la mostra.

La figura 39 ens presenta certa variabilitat respecte als percentatges obtinguts al llarg de la investigació. Durant l'embaràs, FC obté un percentatge més alt de pares que diuen que *s'assemblarà a la mare* (16%) que OC (6%); als 3 mesos, sembla que els percentatges s'igualin una mica (FC obté el 12,5% i OC el 18,5%); i als 12 mesos, el grup FC continua baixant (8%), mentre que OC disminueix lleugerament (17%).

4.2. Moments on els canvis es fan estadísticament significatius quan comparem tant els grups com les etapes de l'estudi entre sí:

4.2.1. Canvis estadísticament significatius quan comparem els grups entre sí.

Taula 30: Diferències estadísticament significatives entre el grup FC i OC obtingudes en l'escala durant l'estudi.

	Abans	Durant	3m	12m
Trast. Digestius				p=0,048*
Trast. Dolors	p=0,006*	p=0,007*		
Sensacions agradaria				p=0,009
Millora personal			p=0,019*	
Millora autoestima			p=0,006*	p=0,038*
Més responsable				p=0,021*
Motivació (Parella)		p=0,030*		
Alimentació				p=0,019
Socials	p=0,016*	p=0,037*	p=0,008*	
Altres hàbits	p=0,002*	p=0,002*	p=0,015*	
Total hàbits	p=0,017*			
Sentiments negatius fill/a			p=0,009*	
Necessitat suport	-	P M A P	M A	P M A
			p=0,040*	p=0,017* p=0,007*

(*) FC és qui té el percentatge de subjectes més alt.

Com es pot observar, quan comparem els dos grups en cada etapa de l'estudi, qui obté el percentatge més alt de subjectes que afirmen que canvien, en els ítems estadísticament significatius, és el grup que espera la primera criatura (FC), excepte en: *sensacions que li agradaria tenir que té la seva parella amb el seu fill/a* quan aquest/a té 12 mesos, i en els canvis dels hàbits d'alimentació als 12 mesos de vida de la criatura.

4.2.2. Canvis estadísticament significatius quan comparem les diferents etapes entre sí, i per grups.

Taula 31: Diferències estadísticament significatives obtingudes en l'escala quan comparem les diferents etapes de l'estudi i per grups.

	Abans-Durant	Abans-3m	Abans-12m	Durant-3m	Durant-12m	3-12 m
Total probl físics	GG (p=0,008) * FC (p=0,031)* OC (p<0,001)*	Gairebé e.s OC (=0,063)	Gairebé e.s OC (=0,063)	GG (p=0,039)' gairebé e.s FC (=0,063)		
Dolor			FC (p=0,021)'		FC (p=0,021)' GG Gairebé e.s (=0,057)	FC (p=0,021)' GG (p=0,035)'
N. s. Sanit.	-	-	-	GG (p<0,001)' FC (p=0,039) OC (p<0,001)'	GG (p=0,003)' OC gairebé e.s (=0,063)	GG (p=0,031)*
Auto. Prob. Psic		GG (p<0,001)* FC (p=0,016)* Gairebé e.s OC (=0,063)	Gairebé e.s GG (=0,057)	GG (p=0,002)* FC (p=0,031)*		
S. agra daria	-	-	-		GG (p=0,019)' FC (p=0,004)	FC (p=0,016)
C. Iden.	-	-	-		GG (p=0,019)' FC (p=0,039)'	
Més Flexi bles	-	-	-	-	-	GG (p=0,011)** OC (p=0,039)**
Més Orga nizat	-	-	-	-	-	GG (p=0,035)** OC (p=0,008)*
Mot. pers. Pat.	-	-	-	-	GG (p<0,001)' OC (p=0,003)' Gairebé e.s FC(=0,057)	-
Mot. socio-eco. Pat.	-	-	-	-	GG (p=0,004) FC (p=0,012)	-
R. infàn cia	-	-	-	GG (p=0,002)** OC (p=0,002)*	Gairebé e.s GG (=0,057) OC (p=0,016)*	

(*): Tots afirmen “ara sí”;

(**): La majoria afirma “ara sí” ;

('): La majoria afirma “ara no”

GG (General Group): són els resultats obtinguts de tota la mostra, que inclou els subjectes que esperen el primer fill (FC) i els que ja en tenen d'altres (OC).

FC (First Child): són els resultats que hem obtingut dels subjectes que esperen el primer fill.

OC (Other Children): són els resultats que hem obtingut dels subjectes que ja tenen altres fills.

Taula 31 (continuació): Diferències estadísticament significatives obtingudes en l'escala quan comparem les diferents etapes de l'estudi i per grups.

	Abans-Durant	Abans-3m	Abans-12m	Durant-3m	Durant-12m	3-12 m
C. hàbit dorm	GG (p=0,008)* Gairebé e.s OC(=0,063)	GG (p<0,001)* FC (p=0,031)* OC (p=0,002)*	Gairebé e.s GG (=0,092)	GG (p=0,008)* Gairebé e.s OC(=0,063)		
C. Hàbit social		GG (p=0,001)* FC (p=0,016)*		GG (p=0,008)* FC (p=0,031)*	GG (p=0,021)'	GG (p<0,001)' FC (p=0,003)'
C. Hàbit alim.		GG (p=0,031)*		Gairebé e.s GG (=0,063)		GG (p=0,023)' FC (p=0,003)'
C. altres hàbit			FC (p=0,008)'		FC (p=0,008)'	FC (p=0,016)'
C. total hàbit		GG (p=0,031)*				
A. Relac social	-	-	-			GG (p=0,031)*
Plla no veste	-	-	-	GG (p<0,001)* FC (p=0,031)* Gairebé e.s OC (=0,063)	GG (p=0,035)** FC (p=0,021)**	
Sent. neg. com pare	-	-	-	GG (p=0,019)** Gairebé e.s OC(=0,065)	GG (p<0,001)** OC (p=0,002)*	
Sent. negat cap al fill/a	-	-	-	FC (p=0,002)* Gairebé e.s GG(=0,057)	GG (p=0,019)**	
Prep. ser pare						Gairebé e.s GG(=0,065)

(*): Tots afirmen “ara sí”;

(**): La majoria afirma “ara sí” ;

('): La majoria afirma “ara no”

GG (General Group): són els resultats obtinguts de tota la mostra, que inclou els subjectes que esperen el primer fill (FC) i els que ja en tenen d'altres (OC).

FC (First Child): són els resultats que hem obtingut dels subjectes que esperen el primer fill.

OC (Other Children): són els resultats que hem obtingut dels subjectes que ja tenen altres fills.

Pel que fa als **canvis en la vivència del cos i trastorns físics** (taula 31), trobem diferències estadísticament significatives a:

TOTAL TRASTORNS FÍSICS: Pel que fa a tota la mostra (GG), trobem diferències estadísticament significatives a: abans-durant i durant-3 mesos. Pel que fa al grup que espera la primera criatura (FC), només les trobem quan comparem abans-durant. Igual que quan comparem abans-durant al grup que ja en té d'altres (OC).

Si comparem abans-durant l'embaràs, els subjectes (GG, FC, OC) afirmen que abans de l'embaràs no patien trastorns físics i durant l'embaràs, sí. Quan comparem durant l'embaràs-3 mesos de vida de la criatura, la majoria dels pares afirmen que als 3 mesos no en pateixen.

L'anàlisi dels ítems que conformen aquest apartat, on també es manifesten diferències estadísticament significatives, ens permet deduir que l'ítem **TRASTORNS DE DOLOR** és significatiu quan el comparem abans de l'embaràs-12 mesos de vida de la criatura i durant l'embaràs-12 mesos a FC, i entre els 3-12 mesos a GG i FC; i, a més, la causa de què siguin ítems significatius es deu a què els pares afirmen principalment que abans en patien i als 12 mesos, no.

L'altre ítem on trobem aquestes diferències estadísticament significatives és a **NECESSITAR SERVEIS SANITARIS** quan comparem durant-3mesos (GG, FC, OC), durant-12 mesos (GG) i 3-12 mesos (GG). A durant-3mesos, les diferències són significatives perquè la major part dels pares que afirmen que canvien (GG i OC) als 3 mesos no necessiten serveis sanitaris. I si comparem durant-12 mesos, GG obté diferències estadísticament significatives, perquè la majoria de subjectes afirma que als 12 mesos no necessita serveis sanitaris. Però quan comparem 3-12 mesos veiem que les diferències són significatives a GG, perquè tots els subjectes afirmen que els tornen a necessitar.

Referent als **canvis psicològics i psicopatològics** (taula 31) trobem:

A L'AUTOAVALUACIÓ DELS TRASTORNS PSICOLÒGICS, diferències estadísticament significatives quan comparem abans de l'embaràs-3 mesos de vida (GG i FC) i durant l'embaràs-3 mesos de vida del bebè: tots els pares afirmen que no els tenien abans i durant l'embaràs, i als 3 mesos tots en pateixen.

Quan aquestes diferències significatives apareixen a l'ítem LI AGRADARIA SENTIR ALGUNA COSA QUE SENT LA SEVA PARELLA amb el seu fill/a, quan comparem durant l'embaràs-12 mesos, observem que dels subjectes que durant l'embaràs volien sentir alguna de les sensacions de la seva parella embarassada no n'hi ha cap que ho vulgui als 12 mesos (FC), o que la majoria dels que els hi agradaria sentir-les durant l'embaràs, no ho volen als 12 mesos (GG). Mentre que quan comparem 3 mesos-12 mesos, aquestes diferències venen donades, perquè cap dels subjectes que als 3 mesos de vida de la criatura volia sentir-les, als 12 mesos no els hi calen.

A l'ítem sobre si creuen que CANVIA LA SEVA IDENTITAT COM A HOMES PER SER PARES, trobem una diferència estadísticament significativa en la comparació durant l'embaràs-12 mesos de vida del nadó a GG i FC, perquè la majoria dels pares que afirmaven durant l'embaràs que canviava, als 12 mesos ho neguen.

I quan analitzem 3-12 mesos, la majoria de subjectes (GG i OC) es veuen com més flexibles i organitzats als 12 mesos.

Pel que fa a la MOTIVACIÓ PER SER PARES, també trobem diferències estadísticament significatives, i les trobem a GG i OC, perquè aquests subjectes, en la seva majoria, afirmen que si els motivaven *causes personals*, als 12 mesos han deixat de motivar-los; i pel que fa a les *motivacions socio-econòmiques* cap subjecte que les tinguéss (GG i FC) ara afirma que les tingui.

I finalment, trobem diferències estadísticament significatives a l'ítem RECORDS DE LA INFÀNCIA, quan comparem durant-3 mesos a GG i a OC. Però mentre a OC tots els subjectes afirmen que als 3 mesos en tenen, a GG en tenen la majoria de subjectes (ja que al grup que té la primera criatura (FC) no els hi passa el mateix).

Pel que fa a **canvi d'hàbits** (taula 31), les diferències estadísticament significatives les trobem a:

CANVI D'HÀBITS DE DORMIR: en la comparació abans-durant l'embaràs a GG, tots els subjectes afirmen que abans de l'embaràs no havien experimentat canvis i, durant l'embaràs, sí.

També hi ha diferències estadísticament significatives quan comparem abans l'embaràs-3 mesos de vida del fill/a. A GG, FC, OC abans de l'embaràs no n'experimentaven i als 3 mesos de vida de la criatura, sí.

I quan comparem durant-3 mesos, els subjectes GG afirmen que durant l'embaràs no en tenien i als 3 mesos, sí.

CANVI D'HÀBITS SOCIALS: aquí les trobem quan comparem abans-3 mesos i durant-3 mesos, a GG i FC: tots els subjectes afirmen que abans no en tenien i ara sí. Mentre que quan comparem durant-12 mesos a GG, la majoria dels subjectes anoten que durant l'embaràs sí que en patien i ara no; i el mateix quan comparem 3 mesos-12 mesos i les diferències significatives de GG i FC venen causades, perquè la majoria dels subjectes diuen que als 3 mesos tenien uns hàbits i als 12 mesos, no.

CANVI D'HÀBITS D'ALIMENTACIÓ: les diferències estadísticament significatives les trobem en la comparació a GG entre abans de l'embaràs, quan tots els subjectes que canvien addueixen que abans no tenien els hàbits que han adquirit als 3 mesos. I també quan comparem 3-12 mesos a GG i FC, però en aquest cas, a la inversa, la majoria dels subjectes afirmen que als 3 mesos seguien uns hàbits que als 12 mesos no segueixen.

CANVI D'ALTRES HÀBITS: les diferències estadísticament significatives se centren al grup FC en la comparació abans-12 mesos, durant-12 mesos i 3 mesos-12 mesos, causades per l'afirmació dels pares que diuen que als 12 mesos han perdut els hàbits que seguien abans.

CANVI TOTAL HÀBITS: hi ha diferències significatives a GG en la comparació d'abans-3 mesos, perquè tots els pares afirmen que als 3 mesos han perdut hàbits.

LI AGRADEN MÉS LES RELACIONS SOCIALS: aquest ítem és estadísticament significatiu a GG, quan comparem 3-12 mesos, degut a què tots els subjectes que als 3 mesos afirmaven que no els hi agradaven, als 12 mesos de vida de la criatura, els hi agraden.

Referent als **canvis en la relació de parella** (taula 31), trobem diferències significatives a l'ítem:

CREU QUE LA SEVA PARELLA NO ESTÀ TANT PER VOSTÈ: les trobem quan comparem GG i FC durant-3 mesos i durant-12 mesos. I mentre que durant-3 mesos la diferència és deguda a què tots els subjectes afirmen que abans no ho creien i ara (3 mesos o 12 mesos) sí, durant-12 mesos la majoria de pares creuen que durant l'embaràs no van patir canvis en la relació de parella i als 12 mesos els han experimentat.

Als ítems que conformen **canvis amb la família nuclear extensa** (taula 31) no en trobem cap estadísticament significatiu entre les etapes que conformen l'estudi ni entre els grups.

Pel que fa a **l'autorepresentació de la paternitat** (taula 31), trobem diferències estadísticament significatives a:

SENTIMENTS NEGATIUS COM A PARE: quan comparem GG durant-3 mesos i durant-12 mesos, gairebé tots els subjectes que els senten, no els patien durant l'embaràs i sí, els pateixen als 3 i 12 mesos. I quan comparem OC durant-12 mesos tots els subjectes diuen que durant l'embaràs no els sentien com els senten als 12 mesos de vida de la criatura.

SENTIMENTS NEGATIUS QUE DESPERTA EL FILL/A: els trobem a FC quan comparem durant-3 mesos (on tots els subjectes que afirmen que els tenen als 3 mesos, no els tenien durant l'embaràs); i a GG, quan comparem durant-12 mesos, perquè la majoria de pares que no els tenien durant l'embaràs els pateixen als 12 mesos de la criatura.

4.3.Conclusions.

Per resumir els resultats obtinguts de les variables biològiques, psicològiques i psicosocials analitzades durant l'embaràs, als tres primers mesos de vida del bebè, i als 12 mesos de vida, hem elaborat la següent taula (taula 32), on assenyallem els canvis que hem trobat en els diferents moments de la investigació que hem considerat claus dintre d'aquesta transició a la paternitat. A efectes purament descriptius, hem agrupat els resultats en tres apartats, procurant conferir-los una terminologia suggestiva:

1. *Síndrome de covada*: que resumiria els canvis que experimenten els homes (siguin ja pares o no) durant l'embaràs de la dona, comparant-los amb com se sentien abans de l'embaràs de la dona.
2. *Desequilibri emocional del postpart (o blues del postpart)*: que resumiria com se senten els pares als 3 mesos de vida de la criatura, en comparació a com se sentien abans i durant l'embaràs de la seva parella.
3. *La paternitat com a transició bio-psico-social*: són els resultats obtinguts als 12 mesos de vida del fill/a, comparats amb com se sentien abans de l'embaràs, durant l'embaràs i als 3 mesos de vida de la criatura.

I tots ells conformarien una primera part del que és la transició a la paternitat, que intentarem resumir en la taula 32.

A més, hem introduït la taula 33 on apareixen, seguint l'esquema de la taula 32, els ítems en què cada grup obté un percentatge més alt o semblant de subjectes, perquè creiem que amb aquesta taula serà més fàcil entendre les conclusions a què hem arribat.

Taula 32: Resum-conclusió dels resultats obtinguts.

Síndrome de covada (abans/durant)	Desequilibri emocional del postpart (3m)	Aspectes que continuen en la transició bio-psico-social
<ul style="list-style-type: none"> • Augment de trastorns físics totals. • Augment de trastorns digestius. • Augment de trastorns de dolor. • Augment de la necessitat de serveis sanitaris. • Augment de canvis físics. • Canvis en hàbits (total). • Canvis en hàbits socials. • Canvis en altres hàbits. • Augment de trastorns psicològics autoavaluats. • Disminució en les expectatives de participar en les feines de la casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Augment de trastorns físics (en relació a abans de l'embaràs). • Augment de trastorns digestius. • Augment de trastorns de dolor. • Disminució de la necessitat d'utilitzar els serveis sanitaris. • Augment de trastorns musculars. • Canvis en hàbits (total). • Canvis en hàbits de dormir. • Canvis en hàbits d'alimentació (FC). • Augment màxim de trastorns psicològics autoavaluats. • Augment en la puntuació EADG (total). • Augment en la puntuació EADG (ansietat). • Augment en la puntuació EADG (depressió). • Augment de canvi d'identitat. • Augment de records de la infantesa. • Disminució en la participació de les feines de casa. • Augment en la necessitat de contenció i suport. • Se senten millor pares del que esperaven, però també amb més trets negatius. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persisteixen els trastorns físics. • Disminució dels trastorns de dolor. • Disminució en la utilització dels serveis sanitaris (en relació a abans de l'embaràs). • Augment canvis físics en relació a durant l'embaràs • Disminució dels trastorns musculars. • Disminució en canvi d'hàbits (total). • Disminució canvis en altres hàbits. • Disminució en els canvis d'hàbits d'alimentació. • Continua una alta valoració dels trastorns psicològics autoavaluats. • EADG total semblant a durant l'embaràs. • EADG ansietat semblant als 3 mesos. • EADG depressió semblant als 3 mesos. • Augment en la participació en les feines de casa (OC). • Augment en la necessitat de contenció i suport. • Augment problemes de parella. • Se senten pitjors pares del que esperaven.

(*) Estadísticament significatiu

Taula 33: Ítems on cada grup obté percentatges més alts de subjectes que afirmen que tenen més canvis.

	FC	OC	Més o menys igual
Síndrome de covada:	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorns digestius. • Trastorns dolors. • Canvis físics. • Necessitat de serveis sanitaris. • Com se sent (negatiu). • Records infantesa. • Autoavaluació trastorns psicològics. • Hàbits de dormir. • Hàbits socials. • Altres hàbits. • Total hàbits. • Necessitat suport parella. • Relació negativa parella. • Necessitat suport pare. • Necessitat suport mare. • Relació negativa amb el propi pare. • Sentiments positius a l'ecografia. • Ell pare positiu. • Ell pare negatiu. • Propi pare positiu. • Expectatives ajudaré parella. • S'assemblarà al pare. • S'assemblarà a la mare. • S'assemblarà a tots dos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorns musculars. • Trastorns pell. • EADG Total. • EADG Ansietat. • EADG Depressió. • Canvi d'identitat. • Parella no està per vostè. • Necessitat de suport dels amics. • Relació negativa mare. • Propi pare negatiu. • S'assemblarà a altres familiars. 	<ul style="list-style-type: none"> • Total trastorns físics. • Com se sent (positiu). • Sensacions agradaria. • Hàbits alimentació. • Hàbits social-laboral. • Problemes de relació amb la parella. • Reacció positiva família (va saber). • Relació negativa amics i familiars. • Sentiments negatius ecografia. • Imaginar fill/a. • No sé a qui s'assemblarà.

(*) Estadísticament significatiu

Taula 33 (continuació): Ítems on cada grup obté percentatges més alts de subjectes que afirmen que tenen més canvis.

	FC	OC	Més o menys igual
Desequilibri emocional del postpart (3m):	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorns digestius. • Trastorns de dolor. • Canvis físics. • Autoavaluació trastorns psicològics. • Com se sent (negatiu). • Canvi d'identitat. • Records de la infantesa. • Millora personal. • Canvi d'hàbits socials. • Canvi d'hàbits dormir. • Canvi d'altres hàbits. • Canvi d'hàbits social-laboral. • Total d'hàbits. • Relació negativa amb la parella. • Millora relació de parella. • Ajuda de la família. • Necessitat de suport del propi pare. • Necessitat suport de la pròpia mare. • Relació negativa amb amics i familiars. • Sentiments negatius fill/a. • Trets positius com a pare. • Se senten preparats per ser pares. • Ajudo a la parella. • El fill/a s'assembla al pare. • El fill/a s'assembla a tots dos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorns musculars. • Trastorns de pell. • Total trastorns físics. • EADG Ansietat. • EADG Depressió. • La seva parella no està tant per vostè. • Problemes relació parella. • Necessitat suport parella. • Necessitat de suport dels amics. • Relació negativa amb la pròpia mare. • El fill/a s'assembla a la mare. • El fill/a s'assembla a altres familiars. • No sé a qui s'assembla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitat de serveis sanitaris. • Com se sent (positiu). • Sensacions agradaria. • EADG Total. • Canvis d'hàbits d'alimentació. • Canvi d'hàbits de dormir. • Relació negativa amb el pare. • Por al part. • Sentiments positius fill/a. • Trets negatius com a pare.

(*) Estadísticament significatiu

Taula 33 (continuació): Ítems on cada grup obté percentatges més alts de subjectes que afirmen que tenen més canvis.

	FC	OC	Més o menys igual
Aspectes que continuen en la transició bio-psico-social:	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorns digestius. • Trastorns de pell. • Canvis físics. • Autoavaluació de trastorns psicològics. • Millora personal. • EADG Total. • EADG Depressió. • Canvi d'hàbits de dormir. • Canvi d'hàbits socials. • Canvi d'altres hàbits. • Total d'hàbits. • Parella no està per vostè. • Millora la relació amb la parella. • Ajuda de la família. • Necessitat suport del propi pare. • Necessitat de suport de la pròpia mare. • Relació negativa amb la pròpia mare. • Sentiments negatius fill/a. • És el pare que li agradaria. • Ajudo parella. • S'assembla al pare. • S'assembla a tots dos (pare i mare). 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorns musculars. • Total de trastorns físics. • Sensacions li agradaria tenir. • Canvi d'identitat. • EADG Ansietat. • Canvi d'hàbits d'alimentació. • Canvi social-laboral. • Necessitat de suport de la parella. • Relació negativa amb la parella. • Necessitat suport amics i familiars. • Relació negativa amb el propi pare. • Trets negatius com a pare. • S'assembla a la mare. • S'assembla a familiars. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorns dolors. • Necessitat de serveis sanitaris. • Com se sent (positiu). • Com se sent (negatiu). • Records infantesa. • Problemes amb la parella. • Relació negativa amb amics i familiars. • Sentiments positius fill/a. • Trets positius com a pare. • Preparat per ser pare. • És el seu fill/a com s'imaginava. • No sé a qui s'assembla el bebè.

(*) Estadísticament significatiu

5. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS.

5.1. Discussió.

En primer lloc, abans de començar aquest apartat, cal deixar clar que, en aquest estudi, no pretenem aportar respostes concloents, ni verificar cap hipòtesi, perquè, com ja hem dit a la “Introducció”, es tracta d’un estudi exploratori, els resultats del qual ens permetran plantejar noves preguntes per millorar la investigació sobre l’accés a la paternitat.

I, en aquest sentit, davant dels resultats obtinguts, observem que:

1. Molts subjectes que han de ser pares (tinguin ja més criatures o esperin la primera), pateixen canvis i alteracions tant a nivell psicosomàtic (taula 2 i figura 1), com a nivell psicològic (taula 6 i figura 7), d’hàbits (taula 10 i figura 16), de relació amb la seva parella (taula 14 i figura 22), de relació amb la família nuclear extensa (taula 18 i figura 26), canvis en la representació de la paternitat (taula 22 i figura 30) i canvis en la representació del fill (taula 26 i figura 36) des de l’embaràs de la parella fins als 12 mesos de vida de la criatura.
2. Aquests canvis apareixen clarament cap al tercer mes de vida del nadó, fet que no acaba de correspondre’s amb el que expliquen els autors revisats, ja que la majoria afirmen que aquests canvis apareixen durant l’embaràs (taula 32).
3. Aquests canvis i disfuncions, quan la criatura té 12 mesos, tant poden tornar a la situació prèvia a l’embaràs, com continuar augmentant (taula 32).
4. El fet que alguns canvis continuïn fins als 12 mesos (taula 32), ens fa pensar que el canvi de rols i la crisi de la paternitat s’ha d’observar des d’una altra perspectiva diferent de la que s’ha tingut fins ara, com una transició psicosocial que `porta resultats a llarg termini.
5. Només en algunes ocasions trobem diferències estadísticament significatives, ja sigui entre els dos grups que conformen la mostra (FC i OC) (taula 30), com entre les etapes de l’estudi entre sí (taula 31). De totes formes, com en la majoria dels casos el grup FC és el que sol presentar un percentatge més alt de subjectes que afirmen patir aquestes alteracions o canvis (taula 33), podem explicar la paternitat com la transició psicosocial o crisi del desenvolupament analitzada per I. E. Campbell (1989) o S. Minuchin (1981), que afecta a tots els subjectes que han de ser pares, però una mica més als que ho són per primer cop.

Com hem dit i hem vist, en la nostra mostra, trobem certa representació del que s'ha descrit com a persistència de la síndrome de covada (que dura en molts casos fins als 3 mesos de vida del nadó) en les societats tecnològiques, com la nostra. En certa forma parlariem de l'existència d'un desequilibri emocional postpart semblant al que pateixen les dones (taula 32).

O sigui que els canvis i les alteracions no apareixen o desapareixen de cop, sinó que van canviant i modificant-se a mida que passa el temps. Com afirma T. Garcia-Dié (1999) el fet de tenir un fill/a és un procés global, fins el punt que, seguint a J. Tizón (2004), els canvis que pateixen els pares són suficientment notables per poder parlar d'una *preocupació paternal secundària*, i probablement també, d'una *preocupació paternal primària*.

Perquè aquests futurs pares estudiats no són simples genitors de les seves criatures, sinó que queden afectats per aquestes des d'abans de l'embaràs, com diu B. Anguera (1999), des del moment de planificar-lo. Quan preguntem als subjectes, perquè volen ser pares, la principal motivació és la personal (*"Sempre he volgut ser pare"*).

Però com que aquest estudi comença a partir de què la dona queda embarassada, els futurs pares comencen a patir canvis des d'aleshores i, com expliquen la majoria d'autors, ho fan a nivell de **vivència del cos**.

Acceptarem, doncs, l'existència de la síndrome de la covada dels pares davant de l'embaràs de la dona, es tinguin criatures anteriors o no, perquè hem trobat una diferència estadísticament significativa en la comparació d'abans i durant l'embaràs (on hi ha un augment del TOTAL DE TRASTORNS FÍSICS ja sigui a GG, FC i OC), i en la comparació durant-3 mesos (GG) , quan el percentatge de subjectes que afirmen que pateixen aquests trastorns físics disminueix, i no sols a GG sinó també a FC i OC.

A més, els trastorns que segons els subjectes augmenten són: *mal d'esquena, problemes dentals, problemes digestius, engreixar-se, etcètera* (taula 3). Són símptomes que, com hem vist al llarg de l'apartat teòric, els investigadors anomenen síndrome de covada.

Observant els resultats de la taula 33, veiem que el grup FC durant tota la investigació manté el percentatge més alt de subjectes que afirmen que pateixen TRASTORNS DIGESTIUS i que realitzen CANVIS FÍSICS; mentre que OC només manté el percentatge més alt pel que respecta TRASTORNS MUSCULARS. Lògicament podem entendre, perquè hi ha un percentatge més alt de subjectes OC que tenen trastorns musculars, però ¿per què FC té el percentatge de subjectes més alt en TRASTORNS DIGESTIUS? OC té altres fills/es, fet que pot explicar que s'han de moure més, els han d'aixecar, portar en

braços, etcètera, i per tant que pateixin més *mal d'esquena*. Però FC i els seus *problemes digestius*, ¿què volen dir?

També podem entendre que els subjectes que esperen la primera criatura (FC) reconguin més CANVIS FÍSICS que el grup que ja en tenen d'altres (OC) durant l'embaràs, ja que si acceptem que ser pare és fer-se adult, l'adultera comporta canvis físics com canviar el tipus de roba, deixar-se barba o fer panxeta (que és el que la majoria de subjectes afirmen que fan).

Per tant, els TRASTORNS DIGESTIUS els podríem acceptar com a somatització. Ja que si continuem l'anàlisi, també aquest grup FC obté els percentatges més alts de subjectes que afirmen que pateixen DOLOR durant l'embaràs i als 3 mesos de vida de la criatura (*mal de dents!*) i que NECESSITEN MÉS SERVEIS SANITARIS durant l'embaràs.

Però això no implica que el grup OC no somatitzi, ja que tant durant l'embaràs com als 3 mesos de vida del fill/a, obté el percentatge més alt de subjectes que pateixen PROBLEMES DE PELL; i com sol dir-se “la pell és el mirall de l'ànima”. I també l'obtenen en el TOTAL DE TRASTORNS FÍSICS als 3 i 12 mesos, fet també comprensible perquè s'han de fer càrrec de més criatures.

Per una altra part, els dos grups obtenen percentatges similars en la NECESSITAT DE SERVEIS SANITARIS als 3 i 12 mesos de vida de la criatura i en el total de trastorns físics durant l'embaràs.

Aquí ens podem tornar a preguntar, ¿per què durant l'embaràs els dos grups obtenen un percentatge similar del TOTAL DE TRASTORNS FÍSICS? Potser perquè la transició a la paternitat, independentment de si es tenen més fills o s'espera el primer, provoca alteracions físiques que, com hem vist, els autors afirmen que formen part de la síndrome de covada.

¿I gairebé la manca de NECESSITAT DE SERVEIS SANITARIS als 3 mesos de vida de la criatura? ¿O el fet que tots dos grups obtenen percentatges semblants als 12 mesos pel que fa als TRASTORNS DE DOLOR? Suposem que aquests resultats ens indiquen que el fet de tenir una criatura fa que qualsevol pare (tingui la primera criatura o en tingui d'altres) reaccioni físicament de forma semblant, i que necessiti la mateixa ajuda exterior.

Però hem vist que, realment, el percentatge de subjectes a qui afecten aquests ítems augmenta, als 3 mesos de vida del nadó. La causa d'aquest increment rau en què durant l'embaràs hem introduït una pregunta nova que no havíem fet abans, precisament la NECESSITAT DE SERVEIS SANITARIS. I és durant l'embaràs quan apareix el

percentatge màxim en tot l'estudi, de subjectes que afirmen necessitar-los. Llavors ens podem preguntar si serà, com afirma Shorter (1994), citat per J. I. Escobar (2000), que els pacients tendeixen a desenvolupar símptomes que són medicament correctes. I si és així, ¿per què ho fan durant l'embaràs? ¿Potser perquè l'home necessita que algú l'atengui, quan ell ha d'atendre a la dona i com dèiem a l'apartat teòric, ningú se'n preocupa d'ell? ¿O, com diria Kleinman (1987), citat per J. I. Escobar (2000), que la transformació del dolor personal/social en queixes somàtiques és la norma en moltes cultures?

Als 3 mesos de vida de la criatura, però, quan els pares pateixen més **canvis en la vivència del seu cos, psicològics i psicosocials**, és quan menys necessiten aquests serveis, per què? Una resposta possible seria la manca de temps, no tant físic o real, com psicològic. Augmenten els TRASTORNS MUSCULARS (normal!), però ¿per què augmenten els DIGESTIUS, DOLOR (*dentals*) i de PELL? Somatitzen? La resposta potser la podem trobar en l'afirmació de Laín Entralgo (1989), citat per J. Guimon (1999), quan afirma que la relació entre el conscient i l'inconscient es manifesta tant amb actes psíquics com orgànics, i això ens hauria de fer considerar que al tercer mes de vida del fill/a és quan l'home se n'adona que comporta tenir una criatura, i implicar-se en ella, i potser aquests trastorns físics són la reacció davant d'aquesta conscienciació.

Pel que fa als **trastorns psicològics**, els resultats són força ambivalents: els subjectes igual afirmen que en pateixen més, com que han millorat.

Per entendre que els hi passa, cal que analitzem les dades que hem obtingut, dels ítems que conformen aquest apartat:

AUTOAVALUACIÓ DELS TRASTORNS PSICOLÒGICS: Trobem diferències estadísticament significatives quan comparem abans de l'embaràs i als 3 mesos (FC, GG), i durant-3 mesos (FC, GG). El grup que ja té altres fills/es (OC) seria el més estable, fet que no vol dir que no pateixi cap canvi, perquè com veiem al llarg de la investigació augmenta el percentatge de subjectes que en pateix (taula 9).

Com hem vist (taula 7), els ítems que afecten el percentatge màxim de subjectes són *l'estrès* i *el cansament* (abans de l'embaràs); *estrès*, *cansament* i *irritabilitat* (durant i als 3 mesos); i *cansament* i *estrès* (als 12 mesos).

O sigui que *l'estrès* i *el cansament* marquen l'evolució de la transició a la paternitat, bé que si abans de l'embaràs *l'estrès* obtenia un percentatge més alt de subjectes que

afirmaven que el patien, als 12 mesos de vida de la criatura ha estat substituït pel *cansament*.

Hi ha un altre ítem que cal considerar i que apareix principalment durant l'embaràs i als 3 mesos de vida de la criatura: *la irritabilitat*. El fet que els subjectes estiguin més irritables es pot deure a què comencen a patir canvis a la seva vida, perquè com hem vist durant l'embaràs apareixen trastorns físics, canvis d'hàbits, etcètera (taula 32) que provocaran que els subjectes estiguin més alterats. Als 3 mesos de vida, els pares estan més cansats i estressats, perquè no poden descansar i s'han d'adaptar a un de més a la família, el que comporta augment de la irritabilitat. Mentre que als 12 mesos, potser perquè ja estan més adaptats, el cansament, l'estrès i la irritabilitat baixen.

COM SE SENT ARA: Podríem dir que tots els subjectes (o gairebé tots) afirmen que se senten *contents, tranquils, orgullosos*, etcètera. I això passa al llarg de tota la investigació. Però també informen que se senten malament i sobretot FC, que durant l'embaràs obté el percentatge màxim de subjectes que se senten *preocupats, ambivalents, ansiosos*, etcètera. Sentiments que disminueixen una mica el percentatge als 3 mesos i als 12 mesos. OC segueix una tònica diferent, ja que si durant l'embaràs presenta un percentatge més petit de subjectes que afirmen que els tenen, aquests sentiments van augmentant a mesura que passa el temps. I als 12 mesos tots dos grups arriben a percentatges semblants.

Suposem que a FC l'afecta la novetat de tenir una criatura, i OC ja té al menys una experiència anterior que el fa estar més tranquil, però a mesura que passa el temps, l'accés a la paternitat provoca sentiments personals semblants, sigui el primer fill/a o en tinguin d'altres.

EADG (total): Encara que no trobem cap diferència estadísticament significativa, les dades clíniques les considerem suficientment importants per tenir-les en compte. Observem com el percentatge de subjectes que afirmen que pateixen els ítems que proposa l'EADG per a ser "cas probable", augmenta a mesura que passa el temps i que ho fa sobretot als 3 mesos de vida de la criatura.

De totes formes, trobem diferències entre els dos grups, ja que mentre a OC als 12 mesos disminueix el percentatge a nivells inferiors a durant l'embaràs, FC l'augmenta, i també augmenta en EADG Depressió. I pel que fa a EADG Ansietat, tots dos grups mantenen percentatges semblants als 3 mesos de vida de la criatura.

O sigui que podem afirmar que tenir un nadó augmenta l'ansietat i ho fa bastant de temps; a diferència de la depressió, que disminueix als 12 mesos al grup que ja té més criatures i es manté en els pares que tenen el primer.

SENSACIONS QUE LI AGRADARIA TENIR, QUE TÉ LA SEVA PARELLA AMB EL SEU FILL/A. Aquí trobem que els dos grups són força homogenis fins als 3 mesos, amb percentatges semblants. Però als 12 mesos, OC obté un percentatge més alt que FC, i suposem que l'explicació és que mentre FC pot participar més directament en la cura de la criatura, OC ha de repartir la seva atenció amb els altres fills, ja que és la mare qui sol cuidar el més petit/a, i el pare, els més grans. Encara que una altra resposta podria ser que, com hem vist a l'apartat teòric, l'home a mesura que augmenta la família es dedica més al treball remunerat que a estar i participar en les feines de casa i en la cura del nadó.

Les sensacions que els hi agradarien tenir als pares durant l'embaràs són "*estar embarassat*", mentre que les de després es relacionen més amb el vincle establert mare-fill/a ja sigui per *l'al·letament* o perquè *passen més temps junts*. De totes formes, la davallada de percentatge de subjectes FC als 12 mesos, potser es relaciona amb la *possibilitat del pare de cuidar la criatura* que ja no depèn tant físicament de la mare; i, conseqüentment, hi ha menys diferències emocionals. Com deia un pare davant d'aquesta pregunta, als 12 mesos: "*no, perquè ella sent el mateix que jo*".

Troblem, doncs, que els subjectes accepten i afirmen amb sinceritat que sí que els hi agradaria tenir aquestes sensacions, fet que fins fa pocs anys, era difícil que un home acceptés.

CANVIS IDENTITAT DE L'HOME: Si durant l'embaràs OC afirma en un percentatge més alt el canvi de la identitat de l'home (suposem que per l'experiència anterior), als 3 mesos és FC qui fa aquesta afirmació. I OC disminueix el percentatge. ¿Quina és la causa d'aquest canvi d'opinió? ¿És que com ja van canviar quan van tenir el primer fill ara amb el segon pensen que continuaran igual? I ¿què passa als 12 mesos que tots dos grups continuen disminuint el percentatge de subjectes que afirmen que la paternitat canvia la identitat de l'home? ¿És que ja s'han acostumat, i pensen que continuen igual?

MILLORA PERSONAL: és dels ítems on trobem més diferències estadísticament significatives, sobretot als ítems que la componen. Fet que sembla contradictori amb el que acabem d'analitzar sobre els canvis d'identitat, ja que si els subjectes creuen que la identitat no canvia, quan se'ls planteja la pregunta d'una altra forma, afirmen que sí, i sobretot als 12 mesos.

Així responen que augmenta la seva *autoestima* i que se senten més *responsables* (FC), o que se senten més *organitzats* i *flexibles* (OC). La causa d'aquestes respostes pot ser deguda a què se'ls hi va fer una pregunta tancada (si-no) i que dintre de les opcions que se'ls hi donava, no n'hi havia cap que fes referència a ítems negatius (per exemple no vam preguntar si se sentien més rígids, més irresponsables o més desorganitzats). Però d'oportunitats per a explicar-ho en tenien, i la més directa fora contestant que no a aquestes mateixes preguntes o deixant-les en blanc, com alguns dels enquestats van fer. O sigui, que podem donar per vàlid el resultat i afirmar que encara que els subjectes als 12 mesos de vida de la criatura afirmen que no canvia la seva identitat, sí que creuen que han millorat personalment.

Com que aquests ítems fan referència al que considerem ser adult (*ser més organitzat, més responsable, més flexible, etcètera*) podem acceptar la idea dels autors que citàvem a l'apartat teòric, que la paternitat significa canvi d'estatus: es deixa de ser jove (amb manca de responsabilitats) per esdevenir adult (i qui afegeix la responsabilitat és el fill/a).

RECORDS DE LA INFANTESA: mentre que durant l'embaràs és el grup FC qui té més records de la infantesa, o al menys més subjectes que afirmen que els tenen, als 3 mesos obtenim el percentatge màxim en tots dos grups. O sigui, el fet de què ja s'ha passat per l'experiència de tenir una criatura fa que durant l'embaràs, aquests records no apareguin de forma important. Però ¿què fa que als 3 mesos de vida de la criatura, tots dos grups acceptin que els tenen i en percentatges semblants? ¿Què desperta un nadó de tres mesos en la vida d'un home? I ¿per què aquests records disminueixen, o disminueix el nombre de subjectes que afirmen que els tenen, als 12 mesos de vida del nadó, i en percentatges semblants a tots dos grups (ja es tinguin més fills o sigui el primer)? Suposem que la causa són les sensacions que provoca un nadó de 3 mesos, la sensació de què aquell ésser tan petit depèn de tu, de què ho vols fer o no igual que ho han fet amb tu (com veiem a la revisió bibliogràfica); mentre que quan la criatura ja té 12 mesos, sembla que la seva personalitat ja està establerta, els pares et parlen de què és d'una manera determinada i no d'una altra, com si ells ja no hi poguessin fer res.

Un altre apartat a tenir en compte fa referència als **hàbits**. I si analitzem els ítems que el conformen trobem:

CANVI TOTAL D'HÀBITS. El grup FC abans de l'embaràs té un percentatge més alt que OC de subjectes que afirmen que tenen certs hàbits, fet que podem considerar lògic, perquè parlem *d'hàbits socials, altres hàbits, etcètera*, que ja d'entrada ens feien pronosticar aquesta diferència entre els dos grups. Però el que ens ha sorprès, encara que a la bibliografia ja ho havíem trobat, és que aquests canvis d'hàbits durant l'embaràs i als tres mesos de vida de la criatura, augmenten, no pas disminueixen, i això, a tots dos grups. Llavors podem pensar en la idea de fugida dels subjectes que ja vàrem comentar, de necessitar un temps per a ells mateixos, davant del canvi a les seves vides.

Als 12 mesos, el percentatge de subjectes que han canviat els seus hàbits ha disminuït, perquè els han abandonat. Per tant, podem pensar que després d'aquest temps d'emocions intenses que són l'embaràs i els 3 mesos, l'home comença a situar-se en el seu nou paper de pare.

HÀBITS D'ALIMENTACIÓ. Des d'abans de l'embaràs fins als 3 mesos, els grups FC i OC són homogenis en els percentatges i en l'evolució dels canvis. Però als 12 mesos es produeix un canvi i, els subjectes FC disminueixen el percentatge mentre que OC manté constant el dels 3 mesos. L'alimentació, el *menjar més o menys*, sol relacionar-se amb ansietat i buits emocionals ¿Els resultats que obtenim estan relacionats amb aquest fet?

HÀBITS DE SON: Com a dada curiosa, ja des d'abans de l'embaràs, és el grup que espera el primer fill/a (FC) qui obté el percentatge més alt de subjectes que puntuen positiu en hàbits de son. Durant l'embaràs continuen augmentant i als 3 mesos de vida del bebè és quan el grup ateny el percentatge més alt que disminueix als 12 mesos (igualment passa amb el grup que ja té d'altres criatures). Aquests resultats ja eren d'esperar: el fet de conviure amb una criatura que encara no té establert el ritme de son, que es desperta a la nit, o que la parella s'ha d'aixecar per donar-li el pit o el biberó, provocarà més *peresa al matí, anar a dormir més tard, etcètera*. I després quan ja la criatura ha establert els ritmes de son, es d'esperar que els percentatges disminueixin.

També observem que durant l'embaràs, és el grup OC el que varia més, suposem que és, perquè el pare amb més fills és qui s'ha d'encarregar dels altres fills a la nit si la dona

embarassada està més cansada, si es desperten, etcètera, i per tant, és lògic que s'alterin els seus hàbits de son.

HÀBITS SOCIALS: Com era d'esperar, un percentatge més alt dels subjectes FC afirmen que els incrementen. Durant l'embaràs, tots dos grups comencen a augmentar el percentatge fins arribar al màxim als 3 mesos, que és quan diuen que *surten més amb amics, que van més al gimnàs, etcètera*. Es corrobora la idea que plantejàvem anteriorment. ¿Per què els subjectes no estan tant a casa? La resposta potser ens la donaria la idea de fugida que apuntaven els autors citats a la revisió bibliogràfica: fora de casa l'ambient seria més tranquil o si més no, més segur i estable.

Com també s'afirmava a l'apartat teòric, la **vida de parella** queda alterada per la transició a la paternitat, i comencen a aparèixer problemes que solen augmentar amb el temps. D'acord amb l'apartat teòric, les *relacions sexuals* tendeixen a empitjorar, com també disminueix el *temps per acompanyar la parella* i això comporta *problemes de comunicació*. Però ¿per què els homes participen menys en les feines de casa, i, com a expectativa, ho pronostiquen durant l'embaràs? Aquí podríem recuperar la idea de fugida, ja que com afirma A. Hass (1994) l'ambient laboral és més segur i estable que l'ambient familiar, on a vegades no se sap que s'ha de fer davant dels plors o les necessitats del propi fill/a.

I ¿què dir de l'augment de *problemes de convivència i afecte*? ¿Tant arriba a sotragar a la parella una criatura, per a què els subjectes afirmen que, a mesura que passa el temps, empitjoren la *convivència* i l'*afecte*?

Els resultats que hem obtingut, corroborarien l'afirmació de G. Salvador (1995) quan diu: "l'embaràs no només afecta al pensament de l'home i la dona, sinó també de com es veuen l'un a l'altre. Les investigacions afirmen que durant l'embaràs hi ha menys relacions sexuals, però se senten més units amb la seva parella" (pàg 58); o els resultats de G. Mendes (2000) que arriba a la conclusió que durant l'embaràs "la comunicació no es veu afectada, la sexualitat negativament afectada, i l'afecte i l'ajuda positivament afectats" (pàg 64); o els de M. Arteaga (2002) que trobava que durant l'embaràs empitjorava la qualitat de la vida sexual de les parelles i la seva freqüència, augmentava l'ajuda, i l'afecte es mantenia més o menys igual.

Però com hem vist, els PROBLEMES DE LA PARELLA no solen remetre amb el temps, sinó que tendeixen a empitjorar, i estem parlant no tan sols d'estar més o menys *temps junts o d'ajuda*, sinó d'altres aspectes tant o més importants com són la *comunicació, l'afecte i la convivència*.

Pels resultats obtinguts, podem deduir que en tots dos grups, aquests problemes augmenten a partir del naixement del fill/a, i estaríem d'acord amb l'afirmació següent de R. Parke (1981): “els marits es mostren més comprensius i conciliadors durant l'embaràs, però la gravidesa no és una panacea per als matrimonis mals avinguts, el suport emocional proporcionat pel marit torna al nivell anterior a l'embaràs cap al quart mes després del part” (pàg. 41). Encara que en el nostre estudi, caldria matisar el final d'aquesta afirmació, perquè com hem vist, els problemes als 12 mesos continuen augmentant, i amb percentatges molt semblants entre els dos grups (FC i OC). Mentre que les relacions sexuals milloren progressivament.

En aquest apartat, l'altre ítem que hem d'analitzar és si LA SEVA PARELLA NO ESTÀ TANT PER ELLS. Els resultats canvien d'un grup a l'altre. Així, a FC als 12 mesos gairebé la meitat de la mostra ho afirma (taula 16), mentre que OC obté la puntuació màxima (també gairebé la meitat de la mostra) als 3 mesos. Cal preguntar-nos, un cop més, ¿per què el pare que ha tingut la primera criatura se n'adona que la seva parella no està tant per ell als 12 mesos, mentre que OC se n'adona als 3 mesos? Una resposta possible seria que com OC ja té altres criatures, la dona està tant ocupada que no pot atendre el marit; i que la parella de FC, amb una sola criatura reparteix millor el temps. Una altra resposta possible seria la que citàvem a l'apartat teòric de D. Stern (1995) i S. Minuchin (1974), segons els quals l'home triga més que la dona a adonar-se dels canvis que suposa l'accés a la paternitat.

Aquesta desatenció, contradiu que LA NECESSITAT DE SUPORT DE LA PARELLA no disminueix, sinó que va augmentant (encara que sigui lleugerament); i que també augmenta el percentatge de subjectes que afirmen que HA MILLORAT LA RELACIÓ AMB LA SEVA PARELLA (taula 14 i figura 22).

O sigui que, com afirmen G. Ahmad i N. Najam (1998), J. Willi (1975), C. P. Cowan i P. A. Cowan (1992), D. Terry (1989), T. H. Monk, M. Esses, N. A. Snider (1996) a partir del naixement, la vida de parella patirà un canvi important, ja que els pares no disposaran de tant temps per a ells ni per estar sols.

Pel que fa a la relació amb la **família nuclear extensa**, com dèiem a l'apartat teòric, els homes, com les dones, busquen ajuda i seguretat més enllà de la pròpia parella (sobretot amb la pròpia mare).

Però amb una matisació, i és que la pròpia mare o el propi pare no són els més importants ja que com hem vist, és a la parella a qui primer necessita el pare.

Resultats que estarien d'acord amb els obtinguts per G. Mendes (2000) quan afirma: “les dones busquen preferentment el suport de la parella i no el de les pròpies mares. Això pot coincidir en què també s'observa que es busca més informació dels professionals que de la pròpia mare. (...). El que ha canviat ha estat el model i les relacions familiars. ¿Per què ara la dona se sent més propera a la parella durant l'embaràs? Es pot suposar que el paper del pare també ha evolucionat. El pare surt de la marginalitat en la cura i educació dels fills/es, per participar activament en el procés de desenvolupament del fill/a” (pàg 66).

Així quan, durant l'embaràs se'ls pregunta als homes d'on treuen *la informació sobre l'embaràs i el part*, responen principalment que qui els hi dona aquesta informació són els *professionals* i les *fonts de documentació* i, posteriorment, quan se'ls hi pregunta com aprenen a ser pares, als 3 mesos i 12 mesos, apareix *l'entorn familiar*. ¿Per què? ¿Els canvis socials demanen als homes un canvi de rol, del que potser no tenen model? ¿Els canvis tecnològics, provoquen aquesta recerca d'informació en especialistes, perquè els subjectes saben que els propis pares no els poden aconsellar amb certesa i fiabilitat? O ¿aquesta manca de recerca d'informació dintre de la pròpia família, ve donada per la manca de model patern o per la rivalitat amb el propi pare? Si continuem analitzant els resultats durant l'embaràs, és el grup FC que obté un percentatge més alt de subjectes amb una *relació negativa amb el propi pare*.

Però, com hem dit, a partir dels 3 mesos, la majoria dels subjectes afirmen que la *informació* l'adquireixen a l'*entorn socio-familiar*, fet que ens porta a pensar que durant l'embaràs, amb les noves tècniques, els subjectes busquen la informació de professionals i un cop són pares, tornen a la font d'informació tradicional que és la pròpia família.

Pel que fa a l'**autorepresentació de la paternitat**, aquesta canvia a mesura que passa el temps, perquè si al principi els subjectes consideraven que serien més *afectuosos* que els seus propis pares, als 12 mesos de vida del nadó fan servir per a definir-se, i amb el mateix ordre, els mateixos adjectius que durant l'embaràs utilitzaven per al seu propi pare, amb els que al principi es negaven a qualificar-se. L'única qualificació que no apareix és la de pares *ocupats*, i ho substitueixen per *preocupats i controladors*.

Així, podríem inferir que una de les representacions dels subjectes davant de la paternitat, seria pensar "*jo ho faré millor*". I malgrat que amb el temps ens adonem que acaben utilitzant els mateixos DESCRIPTORS POSITIUS que utilitzaven per definir al seu pare, no passa el mateix amb els DESCRIPTORS NEGATIUS, perquè mentre que consideraven al seu propi pare *ocupat i autoritari* (taula 23) durant l'embaràs i als 3 mesos del naixement, ells es consideren principalment *preocupats* (n'augmenta el percentatge des de l'embaràs fins als 12 mesos), *controladors* (que també n'augmenta el percentatge fins el màxim als 12 mesos), *autoritaris* (que apareix en primer lloc en les expectatives, però no torna a ocupar els primers llocs fins als 12 mesos i ho fa darrera de *preocupat i controlador*, amb un percentatge inferior al que pronosticaven durant l'embaràs).

Referent als SENTIMENTS QUE ELS HI DESPERTA EL FILL/A, trobem certa ambivalència en els resultats, perquè a mesura que s'incrementen els POSITIUS, també n'augmenten els NEGATIUS.

Aquests SENTIMENTS POSITIUS són: *alegria, sorpresa, capacitat d'estimació, etcètera*; i els NEGATIUS són: *preocupats i ambivalència* (els que ocupen els primers llocs).

En conseqüència, podem acceptar l'afirmació de G. Mendes (2000): "Encara que l'embaràs sigui desitjat com és el dels pares i mares de la mostra, estem d'acord amb García-Dié (1999), que comenta que poden aparèixer sentiments d'ambivalència, por o intranquil·litat. Això no indica un rebuig del bebè, ja que tant les representacions negatives com les positives, formen part de la reorganització mental dels progenitors" (pàg. 108-109). I a més, podem afegir, que aquesta reorganització no acaba un cop ha nascut la criatura, sinó que, segons el nostre estudi, dura al menys fins l'any de vida del bebè, i potser molt més.

Finalment, les **representacions mentals** dels subjectes també canvien al llarg de la investigació, i si durant l'embaràs tots els subjectes afirmaven que IMAGINAVEN AL SEU FILL/A, aquest percentatge disminueix als 3 mesos, i encara més als 12 mesos. El comentari que s'ajusta més a aquestes respostes seria el de G. Mendes (2000) quan diu: “la descripció del bebè feta per les parelles durant l'embaràs no coincideix amb la descripció feta després del naixement, fet previsible ja que una cosa són les expectatives i representacions, i l'altra la realitat” (pàg. 110).

En referència a qui es pensen qui S'ASSEMBLARÀ EL BEBÈ, molt pocs pares pensen que se'ls hi assemblarà; però a mesura que creix la criatura augmenta el nombre de subjectes que afirmen que se'ls hi assembla. Suposem que la causa és que a l'home li passa com a la dona, de la que M. Arteaga (2002), quan parla dels treballs d'Ammaniti (1981) i Fava Vizziello (1992), afirma: “la dona embarassada percep al fetus com a més semblant al pare durant l'embaràs, al mateix temps que valora la seva presència i suport de forma positiva. Pel contrari, durant els primers mesos de vida del fill/a, la mare percep a la seva parella com més llunyana i incomprensiva de les seves necessitats, en tant que percep al seu bebè com més semblant a ella mateixa” (pàg 32).

Afirmació que concorda amb les respostes dels homes, segons les quals durant l'embaràs *millora la vida de parella*, hi ha menys *problemes al matrimoni* (taula 15), mentre que als tres mesos del bebè senten que *la seva parella no està tant per ells* (taula 14), s'incrementen els problemes (taula 14), creuen que *són més bons pares* (taula 22), tenen més *records de la seva infantesa* (taula 6), etcètera. I, per tant, sembla plausible fer la mateixa afirmació, però parlant del pare.

5.2. Conclusions

La primera conclusió que podem extreure d'aquest estudi, és que les hipòtesis plantejades (malgrat fos un estudi exploratori), no s'han acabat d'acomplir, per què consideràvem que:

- Els canvis entre els dos grups que formaven la mostra (FC i OC), tindrien més diferències estadísticament significatives. Partíem de la idea que, encara que l'home reviu en cada embaràs històries anteriors, l'experiència de tenir una altra criatura, diferenciaria els percentatges entre els dos grups. Però no ha estat així, sinó que ens hem trobat que cada embaràs és un nou repte per al pare, que es torna a replantejar problemes que pensava tenir resolts.
- Les diferències entre les etapes de l'estudi revelarien canvis importants i sobtats. I hem trobat petits canvis progressius, que ens han abonat la idea de què l'home o bé triga molt a adonar-se de què és pare o bé ho fa en etapes molt determinades del procés. Hem vist que la transició a la paternitat es va fent dia a dia, que el pare, com la mare, elabora les seves pors, les seves angoixes i que aquesta és una feina progressiva, que no s'acaba mai. Durant l'embaràs, el pare es comença a plantejar el fet de ser-ho; cap al tercer mes de vida del nadó manifesta els canvis més importants, perquè potser és aleshores quan se n'adona que la seva vida està canviant; i alguns d'aquests canvis continuen als 12 mesos de vida de la criatura.

Pels resultats obtinguts, podem parlar de la persistència de la síndrome de covada en els pares; però, a més, com que hem observat canvis i alteracions que van des de l'embaràs fins als tres mesos de vida del nadó, semblants a la depressió puerperal de la dona, podem parlar-ne en l'home com a desequilibri emocional postpart, període en què els homes se senten més fràgils, amb trastorns i crisis internes, que en alguns casos remeten als 12 mesos, però que en altres continuen.

Hem aconseguit verificar que els pares pateixen moments de crisi, fet que fins ara no era gens clar, perquè la idea general era que qui patia canvis i transformacions i qui era important per a l'evolució psicològica dels fills, era la dona, mentre que l'home tenia un paper secundari, potser degut a la influència dels descobriments psicoanalítics sobre la importància de la mare i de les funcions maternes, o pel tipus de cultura burgesa centreeuropea del segle XIX, o perquè, als mateixos homes, aquesta cultura més masclista

els hi convenia, perquè els hi evitava treballs externs, com la cura dels fills, i interns, com l'elaboració del conflicte de la bisexualitat.

A més, com afirmaven els autors citats, l'home manifesta canvis al procés de la paternitat, i els pateix des del moment de la planificació de l'embaràs. Entenent el mot "pare" com a similar al de "mare"; o sigui, canvis corporals, físics i fisiològics, canvis psicològics i psicopatològics, canvis d'hàbits, canvis en la relació de parella i amb la família nuclear extensa, canvis amb la seva autorepresentació de la paternitat i de les seves representacions mentals del nadó.

Com hem vist a l'apartat teòric, ara l'home pot participar en l'embaràs, i no està mal vist, sinó al contrari, que vagi a les classes de preparació al part, que acompanyi la seva parella a les ecografies o al ginecòleg, o que, posteriorment faci moixaines al seu bebè. Potser per això, ara l'home no necessita somatitzar tant com abans les seves preocupacions davant de la paternitat.

Així, el nou pare està aconseguint deixar de ser una figura autoritària, ocupada, dedicada a portar diners a casa treballant tot el dia. Però molt gradualment, perquè com hem comprovat, segons les respostes obtingudes, a mesura que el bebè creix, o n'apareixen d'altres, l'home participa menys en les feines de casa i en la cura del nadó. I si durant l'embaràs pensaven que serien pares més *afectuosos* que *responsables*, als 12 mesos de vida de la criatura es veuen com a més *responsables* que *afectuosos* (igual que consideraven, durant l'embaràs, al seu propi pare).

Amb els canvis socials (separacions, adopcions de criatures d'altres països) i tecnològics (reproducció assistida) que es produeixen actualment, podem plantejar-nos el dubte de si el pare continuarà manifestant aquests canvis, malgrat els fills/es no siguin "sang de la seva sang". ¿Tornarem als egipcis i als grecs, quan l'important no era la genètica sinó la continuïtat de les idees, del pensament de la/les persones que t'havien criat?

Si tenir un fill/a no representés res per a l'home, ¿per què els subjectes de la nostra mostra solen afirmar que tenen una sèrie de conflictes interns, que els porten a sentir-se *cansats*, *estressats*, *ansiosos*, *deprimits*, etcètera?

A més, els nostres resultats palesen molt poques diferències significatives entre els dos grups (FC i OC). Per tant, podríem acceptar la idea que el fet de ser pare, ja sigui de la primera criatura, la segona, la tercera, etcètera, provoca l'aparició de dificultats anteriors (amb més o menys intensitat) segons com s'han anat resolent al llarg de l'experiència.

Amb els resultats que hem obtingut, ens és difícil d'acceptar afirmacions com que els homes triguen més que les dones a realitzar canvis psicològics O que als tres mesos de vida de la criatura, es normalitzen els canvis encetats durant l'embaràs. O que les depressions en l'home es resolen cap a la sisena setmana de vida de la criatura. Perquè, com hem vist, és als tres mesos de vida del nadó quan l'home manifesta més canvis i és el punt crític de la transició a la paternitat.

Per tant, podem concloure amb l'afirmació de C. Vilaginés (1994): "... de pare o de mare, no se n'és de cop i volta, pel sol fet d'engendrar, gestar i donar a llum l'infant. Els pares es van fent pares de mica en mica, des del moment que comencen a pensar de poder tenir un fill" (pàg 34), i continua "Un cop la criatura és al món, els pares continuen aprenent a ser-ne" (pàg. 35).

5.3. Limitacions i crítiques.

La principal crítica és que aquest treball intenta resoldre a la vegada molts dubtes.

Els qüestionaris, massa llargs, fan preguntes obertes i tancades, fet que dificulta la seva valoració.

A més, hem de tenir en compte que en un qüestionari, on busquem l'opinió de la persona, és possible que obtinguem opinions que no tinguin massa a veure amb els sentiments, emocions i conductes reals del subjecte. Les deduccions que es poden fer són indirectes i, per tant, difícils d'establir. Encara que per disminuir aquestes mancances vam incloure l'EADG per disposar d'un altre tipus de dades, ja validades, i així obtenir resultats més fonamentats i fiables.

Per obtenir resultats estadísticament correctes hauríem d'haver reduït el nombre de variables i augmentat la mostra; però degut a la manca d'estudis sobre el tema i a la dificultat d'augmentar la mostra, ens hem trobat amb massa variables, massa proves estadístiques i amb una mostra petita, fet que impedeix arribar a resultats concloents, i que els resultats quedin massa dispersos.

A més, cal tenir en compte un altre inconvenient, i és no disposar d'una mostra de subjectes amb les mateixes característiques però sense fills/es, que ens permetés avaluar si els canvis que apareixen són deguts a l'edat dels subjectes o al fet de ser pares.

Per aquestes raons, ens agradaria que algú intentés continuar aquest estudi, evitant tots els errors comesos.

5.4. Aplicacions.

Com ja hem avançat a l'apartat de conclusions, ens resten moltes preguntes obertes. Per exemple sobre els futurs pares que tenen criatures d'altres parelles o que la seva parella ja en té d'una relació anterior; o els futurs pares adoptius (homosexuals o heterosexuals), o sobre els futurs pares de fecundació artificial (ja sigui d'òvuls o d'esperma), ¿què els hi passa interiorment, a nivell psicològic? ¿quin tipus d'ajuda necessiten? ¿la pròpia família d'origen els donarà suport?, ¿seran capaços d'explicar-ho a la família o als propis fills/es? Etcètera.

I, tot i que els resultats que hem obtingut no són científicament correctes, sí que ens mostren les dificultats per assumir una paternitat “socialment normal”, ¿què passarà aleshores quan s'intenti assolir una paternitat “encara-no-socialment-normal”?

Per un altre costat, la bibliografia també ens informa sobre la necessitat d'informació que tenen els centres sanitaris (ginecòlegs, llevadores, etcètera), centres de preparació al part, etcètera, per poder donar a l'home els recursos necessaris per afrontar aquesta transició. I en aquest sentit, hem vist que els pares passen els seus moments pitjors als 3 mesos quan pateixen el desequilibri emocional postpart, època que és precisament quan la família més els necessita.

Hem detectat períodes sensibles de l'home en relació al naixement dels seus fills/es, i això hauria de poseir repercussions en les ajudes socials que es proporcionen a la nostra societat per l'embaràs i pel primer any de vida de la criatura, tant en l'aprofitament emocional com educatiu d'aquests pares sensibilitzats, ja sigui per ajudar-los a introduir-se en la cura quotidiana dels fills/es, com més endavant i per als casos que sigui necessari, en les teràpies pare-fill.

Per tant, considerem important que aquest tipus de treballs continuïn, tant a nivell teòric com assistencial, per poder reflexionar i treballar sobre els factors que afecten a la paternitat, sobre el paper del pare en la família, o en la constitució de les relacions d'objecte.

I, com afirma J. L. Tizón (2002), ens cal canviar les nostres perspectives i tècniques per poder introduir als pares en els tractaments globals dels nens, en les teràpies familiars, en les “ajudes psicològiques familiars”, en les “psicoteràpies mare-fill” i “mare-bebè” que, des d'aquesta perspectiva, haurien de ser “psicoteràpies pares-fill”.

Com podem veure, tenim un ampli ventall d'aplicacions per davant, tant a nivell científic com assistencial, que cal desenvolupar.

6. REFERÈNCIES

REFERÈNCIES.

Abosio, M., Gasbarro, C., Golder, S., Vilchansky, A. (1999). Familia y malestar: una introducción. *Carretel. Psicoanálisis con niños. El padre hoy*, (2):47-54.

Ackerman, N. W. (1994). *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books. Traducció castellana: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar. Buenos aires: Hormé, 1994.

Agulló, A. (2003). Las bajas por paternidad aumentaron un 21,3% en 2002, hasta las 3.312. *20 minutos*. Dilluns 24 març.pàg 6.

Agulló, A. (2004). Las bajas por paternidad subieron un 13,6% en 2003. *20 minutos*. Dilluns 2 de febrer.pàg 8.

Ahmad, G., Najam, N. (1998). A study of marital adjustment during firts transition to parenthood. *Journal of Behavioural Sciences*. 9(1-2): 67-86.

Alonso, J.J., Merino, E. (2005). Las parejas en España duran 11 años y 4 meses. *Qué!* Dijous 14 d'abril de 2005. Any 2005. nº 61, 02-03.

Amela, V-M. (2000). “Eso de enamorarse está sobrevalorado”. Entrevista a Sergi Pàmies. *La Vanguardia (contraportada)*. Divendres 1 decembre.

Amigó, E., Angulo, F., Artemán, A., Callabed, J., Casalé, D., Cerdán, G., Closa, J., Fernandez, R., García, E., Ibañez, M., Prats, R., Puig, M., Sanglás, R., Sasot, J., Tizón, J.L., Toro, J., Trias, E. (1999). *Programa de Seguiment del Nen Sa: Protocol de Salut Mental Infantil i Juvenil*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública –Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya 1999.

Amiguet, Ll. (2003). “Nosotras salimos del hogar, ellos entran”. Entrevista a Joana Bonet. *La Vanguardia*. Dimecres 6 agost. Contraportada.

Andolfi, M., Angelo, C. (Comps.). (1989). *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*. Torí: Editore Boringhieri SpA. Traducció castellana: Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Buenos Aires: Editorial Paidós (1989).

Andolfi, M., Zwerling, I. (Comps.).(1980). *Dimensions of Family Therapy*. New York: The Guildford Press. Traducció castellana: Dimensiones de la Terapia Familiar. Barcelona: Editorial Paidós (1985).

Anguera Domenjó, B., Riba Campos, C.E. (1999). *Fi del mil·leni: Crisi de la funció paterna*. Barcelona: Beta Editorial, S.A.

Anguera Domenjó, B. (2003). Padres e hijos hoy. *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. 1:29-37.

Anthony, E.J., Benedeck, T. (1970). El desarrollo de las actitudes parentales durante el embarazo. Introducción de los compiladores. A: E.J. Anthony, T. Benedeck (comps.): *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology*. Boston: Little, Brown and Company. Traducció al castellà: Parentalidad. Argentina: ASSAPPIA. Amorrortu editores, 1983 (pp.213).

Aragay, I. (2005). A la Barcelona del XIX més del 50% dels obrers eren dones: entrevista a Cristina Borderías .*L'Avui. Quadern d'història del Centre d'Història Contemporània de Catalunya*. Dissabte 26 febrer 2005. pàg 33.

Arteaga, M. (2002). Estudio comparativo de las representaciones maternas durante el tercer trimestre de la gestación e incidencia de la ecografia en su establecimiento: Embarazos únicos normales, gemelares normales y únicos patológicos. Tesis doctoral Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona. Consulta 4 març 2005 a [http:// www.tdx.cesca.es](http://www.tdx.cesca.es)

Ashmore, R.D., Brodzinsky, D.M. (ed). (1986). *Thinking about the family: Views of Parents and Children*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates,Inc.

Auster, P. (1982). *The invention of solitude*. Traducció catalana: La invenció de la solitud. Barcelona: Edicions 62, 2000.

Ayén, X. (1999). El movimiento de hombres contra el machismo, objeto de estudio en la UB. *La Vanguardia. Cultura*. Dissabte 13 març.pàg.44.

Badinter, E. (1980). *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVII-XX siècle)*. Paris: Flammarion. Traducció castellana: ¿Existe el instinto maternal?. Historia del amor maternal. Siglos XVII-XX. Barcelona, Buenos Aires: Paidós. 1984.

Bao Pérez, J. (2005). ¿Por qué quien puede ser hijo, hermana, abuelo o tía, no puede ser padre o madre?. *Infocop*. 24, 14-15.

Barril, J. (1998). *Condicció de pare*. Barcelona: Edicions La Campana.

Barron, J.D. (1998). *She's having a baby*. Nova Iork: William Morrow & Co. Traducció castellana: Ella va a tener un bebé ; Y yo un ataque de nervios!. Barcelona: Ediciones Urano, S.A. 2000.

Barron, J.D. (1999). *She's had a baby*. Nova York: William Morrow & Co. Traducció castellana: Ella ha tenido un bebé ; Y a mi me va a dar algo!. Barcelona: Ediciones Urano, S.A. 2000.

Bartollni, L. (2004). Parental Attitude Research Instrument (Father's PARI Q4): Application on a Sample of the General Population. *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Belsky, J., Volling, B.L. (1987). Mothering, Fathering, and Marital Interaction in the Family Triad During Infanci: Exploring Family System's Processes. A: P.W. Berman, F.A. Pedersen (ed): *Men's transition to parenthood*. (p. 37-64). New Jersey: Lawrewnce Erlbaum Associates, Publishers.

Belsky, J., Lerner, R.M., Spanier, G.B. (ed). (1984). *The child in the family*. USA: McGraw-Hill.

Belsky, J., Ward, M.J., Rovine, M. (1986). Prenatal Expectation, Postnatal Experiences, and the Transition to Parenthood. A: R. D. Ashmore, D.M. Brodzinsky (ed). *Thinking about the family: Views of Parents and Children*. (pp. 119-145) New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc.

Benedeck, T. (1970). La familia como campo psicologico. A: E.J. Anthony, T. Benedeck (comps.): *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology*. Boston: Little, Brown and Company. Traducció al castellà: Parentalidad. (pp.119-145) Argentina: ASSAPPIA. Amorrortu editores, 1983.

Benedeck, T. (1970). La psicobiologia del embarazo. A: E.J. Anthony, T. Benedeck (comps.): *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology*. Boston: Little, Brown and Company. Traducció al castellà: Parentalidad. (pp.146-159). Argentina: ASSAPPIA. Amorrortu editores, 1983.

Benedeck, T. (1970). Paternidad y providencia. A: E.J. Anthony, T. Benedeck (comps.): *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology*. Boston: Little, Brown and Company. Traducció al castellà: Parentalidad. (pp.173-189) Argentina: ASSAPPIA. Amorrortu editores, 1983.

Berg, S.J., Wynne-Edwards, K.E. (2001). Changes in testosterone, cortisol, and estradiol levels in men becoming fathers. *Mayo Clin Proc.* 76(6):582-592. Consulta 13 febrer 2005 a [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Berg, S.J., Wynne-Edwards, K.E. (2002). Salivary hormone concentrations in mothers and fathers becoming parents are not correlated. *Hormones and Behavior*. 42(4):424-436. Consulta 13 febrer 2005 a [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 558-566.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484-486. (traducció al català a Revista de Psicoanàlisi 10, 1-2: 77-81).

Bobé, A., Pérez-Testor, C. (1994). *Conflictos de pareja. Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Paidós i Fundació Vidal i Barraquer.

Bodolai, P. (2004). Father participation in Early Intervention Programs: an Exploratori Study. . *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Bonino, L. (2005). Violencia de género y prevención. El problema de la violencia masculina. Consulta 15 gener 2005 ,a <http://www.hombresigualdad.com/violencia-genero-boni.htm>

Bonino, L. (2005). Centro de Estudios de la Condición Masculina.Consulta 15 gener 2005, a [http:// www.artnet.com.br/~marko/centrode.htm](http://www.artnet.com.br/~marko/centrode.htm)

Bonino, L. (2005). Los varones frente al cambio de las mujeres. Consulta 15 gener 2005, a <http://artnet.com.br/~marko/los.htm>

Bonnet, J.C. (2000). De la famille à la patrie. A: J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.245-268). Montréal: Larousse-HER.

Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock Publications Ltd. Traducció al castellà: Vínculos afectivos:Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Ediciones Morata, S.L.,1999.

Brazelton, T. (1989). *Families: Crisis and Caring*. Massachusetts:Addison-Wesley Publischig Company,Inc. Traducció castellana: Las crisis familiares y su superación. Cinco casos reales. Barcelona: Paidós. 1990.

Brazelton, T., Cramer, B. (1990). *The Earliest Relationship. Parents, Infants and the Drama of Early Attachment*. Massachussets: Addison-Wesley Publischig Company. Traducció castellana: La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós, 1993.

Briole, G. (1999). La herencia de la falta. *Carretel. Psicoanálisis con niños. El padre hoy*,(2):31-36.

Brown, M.A. (1994). Marital discord during pregnancy: a family systems approach. *Family Systems Medicine*, 12(3): 221-234.

Buist, A., Morse, C.A., Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursery*. 32(2):172-180. Consulta 13 febrer 2005 [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M.C., García-Campayo, J., Montón, C., Redondo, M.J., Tizón, J.L.(1999). Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención Primaria* , 24(2): 133-192.

Caballero, O. (2000). Un siglo de electrodomésticos. El Centro Pompidou enlaza historia del diseño y emancipación de la mujer. *La Vanguardia. Cultura*. Dissabte 14 d'octubre.pàg. 37.

Cabantous, A. (2000). La fin des patriarches. A J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.333-358). Montréal: Larousse-HER.

Cabrera, N.J., Tamis-LeMonda, C.S., Bradley, R.H., Hofferth, S., Lamb, M.E. (2000). Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development*. 71(1): 127-136 Consulta 21 setembre 2004, a [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Campbell, I.E., Field, P.A. (1989). Common psychological concerns experienced by parents during pregnancy. *Canada's Mental Healt*, 37(1): 2-5.

Capdevila, C. (1999). *Criatura i companyia*. Barcelona: Edicions La Campana.

Carbonnier, B. (2000). Les variations protestantes. A: J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.169-192). Montréal: Larousse-HER.

Casas Masjoan, X. (1995). Una aproximació psicològica i social al canvi familiar. A: *Ponències del simposi: Nous models de família en l'entorn urbà: una aproximació psicològica i social al canvi familiar*. (pp. 65-70). Generalitat de Catalunya, Novembre.

Castilla de Cortázar, B. (2002). Paternitat i maternitat. Feina i cultura: tasca comuna. *Família i cultura*, 256 :6-13.

Cazés, D. (2005). ¿Y los hombres qué?. Consulta 15 gener 2005, a [http:// www.memoria.com.mx/154/Cazes.htm](http://www.memoria.com.mx/154/Cazes.htm)

Chandler, S., Field, P.A. (1997). Becoming a father. First-time fathers' experience of labor and delivery. *Journal Nurse Midwifery*. 42(1): 17-24. Consulta 13 febrer 2005 a [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Chavarria, M. (2005). El terror en casa: ¿Qué ha hecho la madre para merecer esto?. *La Vanguardia*. 8 juny 2005. pàg.33.

Chbani, H., Pérez-Sánchez, M. (1998). *Lo cotidiano y el inconsciente. Lo que se observa se vuelve mente*. Barcelona: Paidós Psicología Profunda.

Clinton, J.F. Expectant fathers at risk for couvade. *Nurs. Res.*, 35:5, Sep-Oct, 290-295 (Internet: Couvade Symphatetic Pregnancy). Consulta a <http://www.childbirth.org>.

Cohen,T.F. (1993). What do fathers provide. Reconsidering the economic and nurturant dimensions of men as parents. A: J. Hood (ed). *Men, work and family. Research on men and masculinities series*. Newbury Park, CA, USA: Sage Publications Vol 4 (pp.1-22).

Corbella, J. (1993). Vida quotidiana: Pares joves, pares grans. *Avui Diumenge*. 24 gener 1993.pàg.17.

Corbella, J. (2000). Vida quotidiana: Dones estressades. *Avui Diumenge*. 15 octubre 2000.pàg.60.

Corneau, G.(2003) ¿Qué es ser hombre?. ¿Qué es ser padre?. *La Vanguardia. Debate*. Dissabte 16 agost.pàg.14.

Cowan, C.P., Cowan, P.A. (1992). *When Partners Become Parents*. Basic Books. Traducció castellana: Cuando las parejas se convierten en padres. Argentina: Javier Vergara Editor, 1993.

Cowan , P.A., Cowan, C.P. (2002). Interventions as tests of family systems theories: marital and family relationships in children's development and psychopathology. *Development Psychopathology*. 14 (4): 731-759 Consulta 21 setembre 2004, a <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>

Cramer, B. (1989). *Profession bébé*. Paris: Calmann-Lévy. Traducció castellana: De profesión bebé. Barcelona. Ediciones Urano. 1990.

Davids, M.F. (2002). Fathers in the internal world: from boy to man to father. A J. Trowell, A. Etchegoyen (ed.). *The importance of fathers. A psychoanalytic re-evaluation*. (p.67-92). London : The Institute of Psycho-Analysis.

De Boer, E.S., Van Nijk, W.K. (1992). Psychology and psychopathology during expecting and young fatherhood. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34(5): 339-351.

De Carvalho, M.L. (2003). Father's participation in childbirth at a public hospital: institutional difficulties and motivation couples. *Cad. Saudade Publica* 19, suppl 2: 389-398 Consulta 18 gener 2005, a <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>

Delaisi de Parseval, G. (2000). De la paternité triomphante à la paternité négociée. A J. Delumeau, D. Roche, (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.463-483). Montréal: Larousse-HER.

Delumeau, J.(1978). *La peur en Occident aux XIV^e et XVIII^e siècles. Une cité asieégée*. Librairie Arthème Fayard. Traducció castellana: El miedo en occidente.(siglos XIV-XVIII). Una ciudad sitiada .Madrid:Altea-Taurus-Alfaguara,S.A. (1989).

Delumeau, J., Roche, D. (2000). *Histoire des pères et de la paternité*. Montréal: Larousse-HER.

Deustscher, M. (1981). Identity Transformations in the course of expectant fatherhood. *Contemporary Psychoanalysis*, 2, 158-170.

Diamond, M.J. (1995). Becoming a father. A psychoanalytic perspective on the forgotten parent. J.L. Shapiro, M.J. Diamond (ed). *Becoming a father: contemporary social, developmental, and clinical perspectives. Springer Series, focus on men*. New York: Springer Publishing Co, Inc. (pp.268-285).

Diamond, M.J. (1996). Someone to watch over me: The father as the original protector of the mother-infant dyad. *Psychoanalysis and Psychotherapy*. 12(1):89-102.

Diaz Prieto, M. (2005). ¿Será mio?: Los nuevos test de paternidad ofrecen una respuesta rápida y discreta, pero plantean problemas legales y éticos. *la Vanguardia (revista)*. Diumenge 19 juny 2005.pàg.10.

Diaz Prieto, M. (2000). La aventura más intensa. Peripécia vital de seis mujeres que han decidido ser madres en tiempos de baja natalidad. *La Vanguardia. Magazine*. Diumenge 30 abril.pàg.64-75.

Dickie, J.R. (1987). Interrelationships Within the Mother-Father-Infant Triad. A: P.W. Berman., F.A. Pedersen (ed): *Men's transition to parenthood*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. (p.113-144).

Dixon, M., Booth, N., Powell. (2000). Sex and relationships following childbirth: a first report from general practice of 131 couples. *British Journal Gender Practice*. 50: 223-224.

Draper, J. (2002). 'It's the first scientific evidence': men's experience of pregnancy confirmation. *Journal Adv. Nursery*. 39(6): 563-570. Consulta 21 setembre 2004 a <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>

Draper, J. (2003). Men's passage to fatherhood: an analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursery Inq*. 10(1): 66-77 Consulta 18 gener 2005, a <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>

Edley, N., Wetherell, M. (1999). Imagined futures: young men's talk about fatherhood and domestic life. *British Journal Soc Psychology*, vol 38 (Pt 2): 181-194. Consulta 21 setembre 2004, a [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Elwood, R., Mason, C. (1994). The couvade and the onset paternal care: a biological perspective. *Ethology and Sociobiology*, 15(3): 145-156.

Emanuel, R. (2002). On becoming a father: reflections from infant observation. A J. Trowell, A. Etchegoyen (ed.). *The importance of fathers. A psychoanalytic re-evaluation*. (p.131-146). London : The Institute of Psycho-Analysis.

Erickson, E.H. (1968). Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Hormé-Paidós

Escobar, J.I. (2000). Transcultural aspects of dissociation and related disorders. A: L. Sánchez Planell y C. Díez-Quevedo (eds): *Dissociative states*. (pp. 50-63). Barcelona: Springer-Verlag Iberica.

Esser, G., Villalba, P., Rosa, F., Jòrg,M., Dinter, R., Laucht, S., Schmit, M. (1998). Significado, Metodología y Posibilidades de la investigación de la relación madre e hijo. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 51(3-4):355-372.

Esteve, J.O. (1995). Família monoparental. A: *Ponències del simposi: Nous models de família en l'entorn urbà: una aproximació psicològica i social al canvi familiar*. (pp.139-164). Generalitat de Catalunya, Novembre.

Etchegoyen, A. (2002). Psychoanalytic ideas about fathers. A: J. Trowell, A. Etchegoyen (ed.). *The importance of fathers. A psychoanalytic re-evaluation*. (p.20-42). London : The Institute of Psycho-Analysis.

Feeley, N., Zelkowitz, Ph. (2004). Predictors of Sensitive and Responsive Interaction Between Fathers and Their VLBW Infants. *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Feldman, H., Feldman, M. (1985). *Current controversies in Marriage and Family*. California, New Delhi, London: Sage Publications.

Feldman, S.S. (1987). Predicting Strain in Mothers and Fathers of 6-Month-Old Infants: A Short-Term Longitudinal Study. A: P.W. Berman, F.A. Pedersen (ed). *Men's transitions to parenthood*. (13-36). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Ferketich, S.L., Mercer, R.T. (1995). Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research*. 44(2):89-95.

Ferketich, S.L., Mercer, R.T. (1989). Men's health status during pregnancy and early fatherhood. *Research in Nursing and Health*. 12(3): 137-148.

Ferrari, J.L. (2003). El portal para ser mejores padres. Consulta 30 abril 2003, a <http://www.solohijos.com>

Fitzgerald, H.E., McKelvey, L., Schiffman, R., Montanez, M. (2004). Origins of Risk: Paternal and Neighborhood Influences on Child and Family Functioning. *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Fitzpatrick, M.A., Vangelisti, A. (ed). (1995). *Explaining Family Interactions*. California: Sage Publications, Inc.

Fivaz-Depeursinge, E., Corboz Warnery, A. (1999). *The primary triangle: A developmental systems view of mothers, fathers, and infants*. New York, USA: Basicbooks, Inc.

Flaquer, Ll (1999). *La estrella menguante del padre*. Barcelona: Ariel.

Fleming, A.S., Corter, C., Stallings, J., Steiner, M. (2002). Testosterone and Prolactine are Associated with Emotional Responses to Infant Cries in New Fathers. *Hormones and Behavior*. 42(4): 399-413. Consulta 13 febrer 2005 a <http://www.sciencedirect.com>

Fletcher, J., Mannion, M., Amy, M. (2004). Connecting fathers to Their Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Fox, G., Bruce, C. (1999). The anticipation of single parenthood: a profile of men's concerns. *Journal of Family Issues*, 20(4): 485-506.

Fuentes, S. (1999). Mamá trabajadora y culpable. *La Vanguardia. Magazine. Vida.Psicologia*. novembre 1999.pàg 106-107.

Fukuyama, F. (1999). *The great disruption*. Traducció al castella: La Gran Ruptura. Ediciones B, S.A. Madrid, 2001.

Gage, J.D., Kirk, R. (2002). First- time fathers: perceptions of preparedness for fatherhood. *Can. Journal Nursery Res.* 34 (4): 15-24. Consulta 21 setembre 2004 a <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>

García Leal, A. (2005). *La conjura de los machos*. Barcelona: Tusquets editores. S.A.

García, A., Martínez, P. (2005). Adopción homoparental, un nuevo modelo de familia. *Infocop*. 24: 3-8.

García-Dié i Muñoz, T. (1999). Estudio longitudinal de las representaciones en el proceso de maternidad. Tesis doctoral no publicada. Barcelona. Universitat Ramon Llull.

Giovacchini, P.L. (1970). Aspectos adaptativos y desquiciadores de las primeras relaciones de objeto y su influjo sobre el posterior comportamiento como progenitor. A: E.J. Anthony, T. Benedeck (comps.): *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology*. Boston: Little, Brown and Company. Traducció al castellà: Parentalidad. Argentina: ASSAPPIA. Amorrortu editores, 1983 (pp.524-536).

Giró, C. (2005). Ellos se escaquean más. *La Vanguardia. Vida*. 06 febrer 2005. Pàg. 70 (magazine).

González, M.M. (2005). Homosexualidad y adopción. Entre la ciencia y el prejuicio. *Infocop*. 24, 16-18.

Granet, F. (2000). Le père au regard du droit. A J. Delumeau, D. Roche. (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.439-462). Montréal: Larousse-HER.

Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer, ed. Paidós.

Gurwitt, A.R. (1995). Aspects of prospective fatherhood. A: J.L. Shapiro, Diamond, M.J (eds). *Becoming a father. Contemporary, social, developmental, and clinical perspectives*. (p.294-315). New York: Springer Publishing Co, Inc.

Gutmann, D., Huyck, M.H. (1994). Development and pathology in Postparental men: a community study. A: E. Thompson (ed). *Older men's lives. Research on men and masculinities series. Vol 6*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, Inc. (pp.65-84).

Haag, M. (2002). Le méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière et prolongée du tout-peit au sein de sa famille. Paris (autoédition).

Hardy, F., Howard, S. (2003). The father's narratives. A: R. Sullivan (ed). *Focus on Fathering*. (p.17-34). Australian Council of Educational Research Ltd.: Acer Press.

Harris, M. (1971). *Culture, People, Nature. An introduction to General Anthropology*. New York: Harper & Row, Publishers. Traducció castellana: Introducción a la antropología general. Madrid: Alianza Editorial, 1982.

Harris, M (1981). *America Now: The Anthropology of a Changing Culture*. Nova York: Simon & Shuster. Traducció castellana: La cultura norteamericana contemporánea: Una visión antropológica. Madrid: Alianza Editorial.S.A. 1984.

Hass, A. (1994). *The gift of Fatherhood*. Simon and Schuster. Traducció castellana: El don de ser padre. Argentina: Ediciones B Argentina. Javier Vergara Editor. Grupo Zeta. 1999.

Henwood, K., Procter, J. (2003). The 'god father': reading men's accounts of paternal involvement during the transition to first-time fatherhood. *British Journal Soc. Psychology*. 42 (Pt3) : 337-355.

Hidalgo, V. (1998). Transición a la maternidad y la paternidad. A: M.J. Rodrigo., J. Palacios (ed): *Familia y desarrollo humano*. (pp. 161-180). Madrid. Alianza Editorial. Psicología y Educación.

Howard, J. (2003). A feminist perspective on fathering. A: R. Sullivan (ed). *Focus on Fathering*.(p.107-124). Australian Council of Educational Research Ltd.: Acer Press.
[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. (2000). Le pardessus du soupçon. A J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.381-398). Montréal: Larousse-HER.

Hurstel, F., Delaisi de Parseval, G. (2000). Mon Fils, ma bataille. A: J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.399-424). Montréal: Larousse-HER.

Icart, A. (1994). Abordatge dels conflictes familiars en la infància i en l'adolescència. A: *Ponències del simposi: Nous models de família en l'entorn urbà: una aproximació psicològica i social al canvi familiar*. (pp.127-137). Generalitat de Catalunya, Novembre.

Iovine, V. (1995). *The Girlfriends Guide to Pregnancy*. Traducció castellana: El embarazo y nueve mil dudas. Barcelona. Plaza y Janés Editores, S.A., 2000.

Izquierdo, L., De Orovio, I. (2004). La evolución del concepto de familia: Homosexuales y/o padres. La adopción de dos niñas por parte de una pareja lesbiana divide a la sociedad. *La Vanguardia. Sociedad*. Dimecres 18 febrer.pàg 24-26.

Jacob, T.(1987). *Family Interaction and Psychopathology: Theories, Methods, and Findings*. Arizona: Plenum Press.

Jafee, S.R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Taylor, A. Dickson, N. (2001). Predicting early fatherhood and whether young fathers live with their children: prospective findings and

policy reconsiderations. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 42 (6):803-815. Consulta 21 setembre 2004, a [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Jano On-line (2004). La depresión durante el embarazo es más habitual de lo que se creía. *Obstetrics and Gynecology*. 103: 698-709. Consulta 13 març 2005, a <http://db.doyma.es>

Jano On-line (2004). Un 17% de las madres padecen depresión postparto. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 49:96-104. Consulta 13 març 2005, a <http://db.doyma.es>

Jano On-line y agencias. (2005). El embarazo aumenta el riesgo de depresión. Consulta 13 març 2005, a <http://db.doyma.es>

Jessner, L., Weigert, E., Foy, J.L. (1970). El desarrollo de las actitudes parentales durante el embarazo. A: E.J. Anthony, T. Benedeck (comps.): *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology*. Boston: Little, Brown and Company. Traducció al castellà: Parentalidad (pp.213-249). Argentina: ASSAPPIA. Amorrortu editores, 1983.

Jimenez, R. (2000). Los padres latinos dedican mucho menos tiempo a sus hijos que los del norte de Europa. *La Vanguardia*. Dimarts 14 novembre.

Jordan, P.L. (1990). Laboring for relevance. Expectant and new fatherhood. *Nursing Research*, 39(1): 11-16.

Joseph, B. (1989). *Psychic equilibrium and psychic change*. Londres: Tavistock/Routledge. Traducció castellana: Equilibrio psíquico y cambio psíquico. Madrid: Julian Yebenes. S.A. ,1993.

Khanobdee, Ch., Shkratanachaiyakul, V., Gay, J. (1993). Couvade syndrome in expectant Thai fathers. *International Journal of Nursing Studies*, 30(2): 125-131.

Khavous, E. (2001). *Los modelos de estructura familiar*. Text en format PDF. A: <file:///E:/textos ponencias/khavous.htm>

Khazan, I.Z. (2004). Relationship Between Parental Depression and Quality of the Co-parenting Relationship Differs in Families of First and Second Born Twelve-Month-Olds. *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Klein, M. (1952c). Observando la conducta del bebé. A Obras Completas. Vol. 3 (pp. 102-128). Barcelona: Paidós 1978.

Klein, H. (1991). Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy. *International Journal of Psychiatry in Medecine*, 21(1):57-69.

Klein, M., Rivière, J. (1937). *Amor, odio y reparación. Emociones básicas del hombre*. Buenos Aires: Ediciones Hormé. 1982.

Kovacevic, M. (1993). The impact of fetus visualisation on parents' psychological reactions. *Pre-and-Peri-Natal Psychology Journal*, 8(2), 83-93.

Kristiansson, R., Oberklaid, F., Sarkadi, A. (2004). Fathers of Infant with colic: Their Views and Needs. *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Kurdek, L.A. (1993). Nature and prediction of changes in marital quality for first-time parent and non-parent husbands and wives. *Journal of Family Psychology*. 6(3):255-265.

Lamb, M. E. (1998). Fatherhood then and now. A: *Men in families: when do they get involved?. What difference does it make?*. A: A, Booth., A. Crouter. (ed). Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. (pp. 47-52).

LaRossa, R. (1986). *Becoming a parent*. London: Sage Publications, Inc.

Laurent, E. (1999). Parejas de hoy y consecuencias para sus hijos. *Carretel. Psicoanálisis con niños. El padre hoy*, (2):9-22.

Leathers, S.J., Kelley, M.A., Richman, J.A. (1997). Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: Parenting, work, and support. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 185(3): 129-139.

Lett, D. (2000). Tendres souverains. A. J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.17-40). Montréal: Larousse-HER.

Levant, R.F. (1992). The new father roles. A: R.B. Wainrib (ed). *Gender issues across the life cycle*. (pp. 56-66). New York, USA: Springer Publishing Co, Inc.

Linaza, J. (2005). Matrimonios homosexuales y adopción. *Infocop*, 24: 9-13.

Lindahl, K. M., Clements, M., Markman, H. (1997). Predicting marital and parent functioning in dyads and triads: a longitudinal investigation in marital processes. *Journal of Family Psychology*, 11(2): 139-151.

Livianos, L., Rojo, L., Cuquerella, M.A., Rodrigo, G. (2001). Efecto del estado de ánimo en la percepción de la crianza. *Archivos de Psiquiatria*, 64(2): 155-164.

Lobo, A., Monton, C., Campos, R., García-Campayo, J., Pérez-Echeverría, M.J. i el GZEMPP (1993). *Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento E.A.D.G. "El estudio Zaragoza"*. Zaragoza. Editorial Luzan-5, S.A. de Ediciones.

Lobo, A., Campos, R., Pérez-Echeverría, M.J., Izuzquiza, J., García-Campayo, J., Saz, P., Marcos, G. (1993). A new interview for the multiaxial assessment of psychiatric morbidity in medical settings. *Psychological Medicine*. 23, 505-510.

MacDonald, J.F. (2004). When Two becomes Three. . *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Mackey, W.C. (1985). *Fathering behaviors. The dynamics of the man-child bond*. New York: Plenum Press.

Madsen, S.A., Lind, D. (2004). The Infant in the Father's World. . *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Mantilla, L.(2001). El embarazo de papá. Consulta 4 desembre 2001, a <http://www.solohijos.com>

Manzano, J.. (2001). *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne.

Manzano, J., Palacio-Espasa, F., Zilkha, N. (1999). The narcissistic scenarios of parenthood. *International Journal of Psychoanalysis*. 80(Pt3):465-476.

Marina, J.A. (2005). *Aprendre a viure*. Barcelona: Columna Edicions,S.A.

Marks, M. (2002). Letting fathers in. A A: J. Trowell, A. Etchegoyen (ed.). *The importance of fathers. A psychoanalytic re-evaluation*. (p.93-106). London : The Institute of Psycho-Analysis.

Martin, B.(1987). Developmental Perspectives on Family Theory and Psychopathology. A: T. Jacob (ed). *Family Interaction and Psychopathology: Theories, Methods, and Findings*. (p.163-202).Arizona: Plenum Press.

Mason, C., Elwood, R. (1995). Is there a psysiological basis for the couvade and onset of paternal care?. *International Journal of Nursing Studies*, 32(2): 137-148.

Masoni, S., Maio, A., Trimarchi, G., de Punzio, C., Fioretti, P. (1994). *The couvade syndrome*. J. Psychosom Obstet Gynaecol, 15:3, Sep, 125-31 (internet: Couvade (sympathetic pregnancy). Consulta a <http://www.childbirth.org>.

McKee, L., O'Brien, M. (1982). *The father figure*. London , New York: Tavistok publications.

McVeigh, C.A., Baafi, M., Williamson, M. (2002). Functional status after fatherhood: an Australian study. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursery*. 31(2): 165-171. Consulta 18 gener 2005, a [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Mebert, C. (1991). Variability in the transition to parenthood experience. A: K.A. Pillemer, K. McCartney (eds.). *Parent-child relations throughout life*. (pp.43-57). Hillsdale, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Melchior-Bonnet, S. (2000). De Gerson à Montaigne. A: J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.73-88). Montréal: Larousse-HER.

Meltzer, D., Harris, M. (1989). *Child, family and community: A Psycho-Analytical Model of the Learning Process*. O.E.C.D., organisation for Economic Co-operation and Development. Traducció catalana: El paper educatiu de la família. Un model psicoanalític del procés d'aprenentatge. Barcelona: Espaxs. S.A. ,1989.

Ménard, M. (2000). Le miroir brisé. A: J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.359-380). Montréal: Larousse-HER.

Mendes, G. (2000). Estudio de la evolución de las representaciones maternas y paternas en el embarazo y en el primer trimestre después del parto. Barcelona, Febrer.

Menendez, M. (1993). ¿Cuál es el papel del padre en la vida y en la educación de un hijo?. *Padres y Maestros*. 185:16-18.

Mikulincer, M., Florian, V., Cowan, P.A., Cowan, C.P. (2002). Attachment security in couple relationships: a systemic model and its implications for family dynamics. *Family Process*. 41(3): 405-434 .Consulta 21 setembre 2004, a [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Minuchin, S. (1974). *Families & Family therapy*. The President and Fellows of Harward College. Traducció castellana: Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1999.

Minuchin, S., Fishman, H Ch. (1981). *Family therapy thecniques*. Harvard University Press. Traducció castellana: Técnicas de terapia familiar. Barcelona, Buenos Aires: Paidós, 1988.

Molinier, A. (2000). Pérenniser et concevoir. A: J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.89-114). Montréal: Larousse-HER.

Monk, T.H., Essex, M.J., Smider, N.A. Klein, M.H. (1996). The impact of the birth of a baby on the time structure and social mixture of a couple's daily life and its consequences for well-being. *Journal of Applied Social Psychology*. 26(14): 1237-1258.

Montón, C., Pérez Echeverría, M.J., Campos, R., García Campayo, J., Lobo, A., i GMPPZ. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*. 12 (6):345-349.

Morse, J.M., Mitcham, C. (1997). Compathy: the contagion of physical distress. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4): 649-657.

Mulliez, J.(2000). La désignation du père. A: J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.43-72). Montréal: Larousse-HER.

Mulliez, J. (2000). La volonté d'un home. A: J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.289-328). Montréal: Larousse-HER.

Negri, R., Terragni, M.L., Barbalic, E., Brown, G. (2002). A Study on the Process of Parentage of a Youn Father in an Experience of Infant Observation. En A. Gardziel et al. VI International Congress on Infant Observation Book. Krakow-Przemysl 2004 (in press).

Newnham, C., Woodward, L., Brown, N., Inder, T. (2004). Similarities and Predictors of the Patterns of Stress and Depression in Mothers and Fathers of Premature Infants. *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Nogués, R.M. (1995). Transició demogràfica i canvi familiar. A: *Ponències del simposi: Nous models de família en l'entorn urbà: una aproximació psicològica i social al canvi familiar*. (pp. 81-106). Generalitat de Catalunya, Novembre.

Norberck, E. (1983). Passage rites. *Encyclopaedia Britannica*. Vol 13, (1044-1052).

Ody, M. (1993). Carencia paterna. Importancia del padre y de la función paterna en el desarrollo del funcionamiento mental. A: S. Lebovivi, M. Soulé, R. Diatkine (eds): *traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France. Traducció castellana: Tratado de psiquiatria del niño y del adolescente. (pp. 85-104). Madrid: Biblioteca Nueva, 1993.

Oliver, J. (2000). L'embaràs masculí. *Avui*. Dilluns 10 gener.

Osofsky, H.J., Culp, R.E. (1989). Risk factors in the transition to fatherhood. A: A. Gurwitt, S. Cath (ed). *Fathers and their families*. (pp. 145-165). Hillsdale, N.J. USA: Analytic Press, Inc.

Owens, D. (1982). The desire to father. Reproductive ideologies and involuntarily childless men. A: L. McKee, M. O'Brien (comps). *The father figure*. (pp. 72-86). London, New York: Tavistock publications.

Padres separados, padres maltratados. Consulta 15 gener 2005, a <http://www.padresmaltratados.com>

Pagès, A. (1995). Família i factors socials. A: *Ponències del simposi: Nous models de família en l'entorn urbà: una aproximació psicològica i social al canvi familiar*. (pp. 59). Generalitat de Catalunya, Novembre.

Parke, R.D. (1981). *Fathering*. Glasgow: William Collins Sons and Co. Traducció castellana: El papel del padre. Madrid: Ediciones Morata (1998).

Parke, R.D. (1985). Fathers, Families, and Children: New Perspectives. A Green, M. *The Psychosocial Aspects of the Family*. Toronto: Lexington Books. (pp.225-235).

Parke, R.D. (1995). Fathers and Families. A: M.H. Bornstein (ed): *Handbook of Parenting*. Vol,3. (pp. 27-63) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Paul, N.L. (1970). La empatía parental. A: E.J. Anthony, T. Benedeck (comps.): *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology*. Boston: Little, Brown and Company. Traducció al castellà: Parentalidad. (pp.343-357) Argentina: ASSAPPIA. Amorrortu editores.

Pedersen, F.A. (1987). A Perspective on Research Concerning Fatherhood. A: P.W. Berman, F. A. Pedersen (ed): *Men's transition to parenthood*. (pp. 1-12). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Pedersen, F.A., Zaslow, M.J., Cain, R.L., Suwalsky, J.T.D., Rabinovich, B. (1987). Father-Infant Interaction Among Men Who Had Constrasting Affective Responses During Early Infanci: Follow-Up Observations at 1 year. A: P.W. Berman, F.A. Pedersen (ed): *Men's transition to parenthood*. (pp. 65-88). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Pelechano, V. (1981). *El impacto psicológico de ser madre*. Valencia: editorial Alfaplus.

Pélicier, Y. (2000). Notre contemporain. A: J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.425-438). Montréal: Larousse-HER.

Pérez-Sanchez, M (1986). *Observación de bebés*. Barcelona. Paidós.

Pérez Testor, C. (1995). Família i Comunitat. A: *Ponències del simposi: Nous models de família en l'entorn urbà: una aproximació psicològica i social al canvi familiar*. (pp. 11-30). Generalitat de Catalunya, Novembre.

Pérez Testor, C. (2005). La función del padre en el siglo XXI. *Revista 'Familia'* 31, 7-18

Pérez Testor, C., Castillo, J.A., Davins, M., Cabré, V. (2005). La función del padre: perspectiva psicoanalítica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 19 (60) 135-141

Permanyer, G. (2003). Homes i dones es reparteixen la feina només en un 10% de les llars. *Avui*. Dissabte 19 juliol. pàg.25.

Porot, M. (1974). *L' enfant et les relations familiales*. Presses Universitaires de France. Traducció castellana: La familia y el niño. Barcelona: Editorial Planeta, 1974.

Pozzi, M., Monzo, R. (2004). Problem Child or Problem Couple. *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Prinz, T. (1992). *Dragon slaying for parents*. Starburst. Traducció castellana: Madurez familiar. Madrid: Iberonet (1994).

Radhakrishnan, R., Satheehdumar, G., Chaturvedi, S. K. (1999). Recurrent delusions of pregnancy in a male. *Psychopathology*, 32(1): 1-4.

Ramchondani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T.G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, vol.365 (9478). Consulta 30 juny 2005, a envios Mail@lert.

Ramos, R. (2000). "Baby Blair" causa problemas de Estado. *La Vanguardia. Internacional*. Dijous 30 març 2000.

Reiser, P. (1997). *Babyhood*. Rod Weisbach Books. Traducció catalana: Els fills i la mare que els va parir. San Cugat del Vallés: Símbol Editors, 1999.

Richman, J. (1982). Men's experiences of pregnancy and childbirth. A: L. McKee i M. O'Brien (ed). *The father figure*. (pp.89-103). London, New York: Tavistok publications.

Robinson, B.E., Barret, R.L. (1983). *The developing father*. New York: The Guilford Press.

Rodriguez, M.M. (2005). Padres a plena dedicación. *La Vanguardia. Magazine*. Diumenge 11 desembre 2005.

Rodriguez, F. (2000). El orden de los factores no altera... *La Vanguardia. Sociedad*. Dilluns 20 març.pàg. 35.

Rojas Marcos, L. (1994). *La pareja rota: Familia, crisis y superación*. Madrid: Espasa Calpe.

Salvador Beltran, G. (1995). Trastorn primerenc i família. A: *Ponències del simposi: Nous models de família en l'entorn urbà: una aproximació psicològica i social al canvi familiar*. (pp. 51-56). Generalitat de Catalunya, Novembre.

Sánchez, C. (2003). El pare? Quina és la seva funció dins el nucli familiar?. *Xarxa i ensenyament*. 15:26-27.

Sanchís, I. (2000). “En los divorcios el hombre siempre pierde” Entrevista a Miquel Palou Jounou. *La Vanguardia*. 30 de setembre.(contraportada).

Sanchis, I (2005). Felicidad conyugal: C dividido entre D. Entrevista a Pilar Varela.. *La Vanguardia*. Dijous 13 gener 2005. Pàg. 68 (contraportada).

Sanchis, I (2005). Yo inventé la baja por paternidad. Entrevista a Ségolène Royal. *La Vanguardia*. Dimecres 26 gener 2005. Pàg 76 (contraportada).

Sanchís, I. (2000). “Me he pasado la vida reeducándome”. Entrevista a Juan Luis Galiardo. *La Vanguardia*. Dissabte 14 octubre 2005. (contraportada).

Schuch's ,R.A., Witkin, S.L. (1989). Assessing marital change during the transition to parenthood. *Social-Casework*. 70(2): 67-75.

Schulz, M.S., Cowan, P.A., Cowan, C.P., Brennan, R.T. (2004). Coming home upset: Gender, marital satisfaction, and the daily spillover of workday experience into couple interactions. *Journal Family Psychology* 18 (1): 250-263 Consulta 21 setembre 2004, a [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)

Segade, L. (2000). Ex padres. *La Vanguardia: Vida, Psicología*. 22 octubre.

Seimr, L., Edhborg, M., Lundh, W., Sjogren, B. (2004). In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *Journal Psychosomatic Obstetric Gynaecology*. 25(1):23-34. Consulta 13 febrer 3005, a <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>

Sloan, T., Reyes, R.(1995) La deconstrucción de la masculinidad Consulta 15 gener 2005, a [http:// www.artnet.com.br/~marko/sloan.htm](http://www.artnet.com.br/~marko/sloan.htm)

Snyders, G. (1980). *Il n'est pas facile d'aimer ses enfants*. Presses Universitaires de France. Traducció castellana: No es facil amar a los hijos: Reflexiones sobre uno de los temas más controvertidos de la pedagogía. Barcelona: Gedisa,S.A. (1981).

Soliday, E., McCluskey, F.C., O'Brien, M. (1999). Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*. 69(1):30-38.

Sonnet, M. (2000). Les leçons paternelles. A: J. Delumeau, D. Roche (ed). *Histoire des pères et de la paternité*. (p.269-288). Montréal: Larousse-HER.

Spielman, R. (2003). The father in the mind. A: R. Sullivan (ed). *Focus on Fathering*.(p.93-106). Australian Council of Educational Research Ltd.: Acer Press.

Spock, B., Rothenberg, M.B. (1945). *Baby and Child Care*. Pocket Books, Simon and Schuster. Traducció al castellà: Tu Hijo. Buenos Aires: Ediciones B. 2000.

Steinberg, S., Kruckman, L., Steinberg, S. (2000). Reinventing fatherhood in Japan and Canada. *Social Science & Medicine*, 50, 1257-1272.

Stern, D.N., Robert-Tissot, C., Besson, G., Rusconi-Serpa, S., Muralt, M., Cramer, B. & Palacio, F. (1989). L'Entretien "R". Une méthode d'évaluation des représentations maternelles. En: S. Lebovici., P. Mazet, J.P. Visier (dir). *L' Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. (pp.151-177). Genève: Eshel .

Stern, D.(1977). *The First Relationship:Infant and Mother*. Londres: Open Books Publishig, Ltd. Traducció castellana: La primera relación madre-hijo. Madrid: Ediciones Morata,1998.

Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books, a division of Harper Collins Publishers. Traducció castellana: La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós, 1997.

Stierlin, H., Rücker-Embden, I., Wetzel, N., Wirsching, M. (1980). *Das erste Familiengespräch*. Stuttgart: Ernst Klett. Traducció castellana: Terapia de familia: La primera entrevista. Barcelona: Gedisa, 1995.

Strouk, G., Vilder Bompard, C. (2001). *Je vais être papa*. Monaco: Editions du Rocher .

Sullerot, E. (1992). *Quels pères, quels fils*. Librairie Arthème Fayard. Traducció castellana: El nuevo padre. Barcelona: Ediciones B. 1993.

Sullivan, R. Relations between men and their children. A: R. Sullivan (ed). *Focus on Fathering*.(p.211-231). Australian Council of Educational Research Ltd.: Acer Press.

Sullivan, R. (2003). *Focus on Fathering*. Australian Council of Educational Research Ltd.: Acer Press.

Target, M., Fonagy, P. (2002). Fathers in modern psychoanalysis and in society: the role of the father and child development. A: J. Trowell, A. Etchegoyen (ed.). *The importance of fathers. A psychoanalytic re-evaluation*.(p.45-66). London : The Institute of Psycho-Analysis.

Tenyi, T., Trixler, M., Jadi, F. (1996). Psychotic couvade: 2 case reports. *Psychopathology*, 29(4): 252-254.

Terry, D. (1989). Coping resources and adaptation: Main or buffering effects?. *Australian Journal of Psychology*. 41(2):159-173.

Terry, D. McHugh, T.A., Noller, P.(1991). Role dissatisfaction and the decline in marital quality across the transition to parenthood. *Australian Journal of Psychology*. 43(3):129-132.

The Columbia Electronic Encyclopedia (2000), Columbia, University Press. Sixth Edition. Consulta 7 març 2001, a <http://www.encyclopedia.com>

This, B. (1980). *Le père: acte de naissance*. Paris: Éditions du Seuil. Traducció castellana: El padre: acto de nacimiento. Barcelona: Paidós, 1982.

Tizón, J.L. (1991). La Observación Terapéutica del Niño junto con su Madre en la clínica infantil. *Clínica y Análisis Grupal* 13(3): 417-443.

Tizón, J.L. (dir) (1992). *Atención Primaria a la Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Mosby-Doyma.

Tizón, J.L. (1994). Las psicoterapias psicoanalíticas breves y las “terapias de flash” (I i II). *Informaciones Psiquiátricas*, 138: 358-368 i 369-392.

Tizón, J.L. (1995). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Biblária, 1995 (4ª ed).

Tizón, J.L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria*. Barcelona: Bibliária, 1996 (5ª ed).

Tizón, J.L. (1996). Reflexiones sobre la formación para la atención a la salud mental infanto-juvenil. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatria*. 16(57): 129-146.

Tizón, J.L. (1996). Notas sobre investigación y formación en la atención a la salud mental en la infancia. *Clínica y Análisis Grupal*. 72 (18):255-269.

Tizón, J.L. (1999). El pediatra, la salud mental y los equipos de salud mental. En J. Sasot y F. A. Moraga (eds). *Psicopediatria en atención primaria*. Barcelona: Prous Science, 1999 (pp. 83-101).

Tizón, J.L. (2000). La atención primaria a la salud mental (APSM): Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Atención Primaria* 26(2): 111-119.

Tizón, J.L. (2001). Atendiendo al sufrimiento de los padres: Cuidando el futuro. En J. Sasot, F.A. Moraga (eds) *Avances en Psicopediatría: Padres, salud, sociedad*. Barcelona: Prous Science (pp. 145-167).

Tizón, J.L. (2001). Nuevos elementos a considerar para la atención primaria a la salud mental de la infancia. En Club de Pediatría Social (ed). *Los dos primeros años de vida*. Barcelona: Club de Pediatría Social (pp. 85-124).

Tizón, J.L. (2001). Psychoanalysis and Primary Health Care: Our Participation as Psychoanalysts in a Long-overdue Change in the Health Services. En J. Guimón i S. Zac (eds). *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century*. (pp.83-101). New York: Kluwer Academic/Plenun Books.

Tizón, J.L. (2003). La psicoterapia breve padres-hijo: ¿Una técnica diferenciada?. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 1:43-70.

Tizón, J.L., San-José, J., Nadal, D. (1997). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Protocolos asistenciales para adultos*. Vol I. Barcelona: Herder .

Tizón, J.L., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M.C., García-Campayo, J., Montón, C., Redondo, M.J.(2001). Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 28(2): 96-161.

Tizón, J.L, Fuster, P. (2004). Father's role. En A. Gardziel et al. VI International Congress on Infant Observation Book. Krakow-Przemysl 2004 (in press).

Tizón, J.L., Fuster, P. (2004). Fathership as Psychosocial Transition. . *Supplemet to the Infant Mental Health Journal*. 24(6 A) A. 9th World Congress, Melbourne, Australia.

Tres, S. (2005). Los cambios en la pareja cuando llega el primer hijo. *La Vanguardia: Salud y Vida: Conocerse Bienestar*. Suplement de la Vanguardia, nº 68, febrer.

Trowell, J., Etchegoyen, A. (2002). *The importance of fathers. A psychoanalytic re-evaluation*. London : The Institute of Psycho-Analysis.

Truzzoli, C. (2005). Grup de treball sobre la sexualitat. Trobades del Grup de Treball sobre la sexualitat. *Full Informatiu. Secció de Psicologia de la Dona*. 177 març 2005 pàg.10.

Udenio, B.(1999) Un padre no universal. *Carretel. Psicoanálisis con niños. El padre hoy* (2):27-30.

Valls Llobet, C. (1994). *Dones i homes: salut i diferències*. Barcelona: Columna edicions.

Vandell, D.L., Hyde, J.S., Plant, E.A., Essex, M.J. (1997). Fathers and “others” as infant-care providers: Predictors of parents’ emotional well-being and marital satisfaction. *Merrill Palmar Quarterly*. 43(3):361-385.

Vidal, P. (2000). *El Parevostre. Manual per combatre la descendència*. Barcelona: Edicions La Magrana.

Vilaginés Ortet, C. (1995). Problemàtica de la família de parella parental. A: *Ponències del simposi: Nous models de família en l’entorn urbà: una aproximació psicològica i social al canvi familiar*. (pp. 33-39). Generalitat de Catalunya, Novembre.

Villatoro, V. (2000). *De part del pare*. Barcelona: Edicions 62.

Walzer, M. (1983). *Spheres of Justice. A Defense of Pluralism and Equality*. Basic Books, Inc. Traducció castellana: Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y la igualdad. México: Fondo de Cultura Económica.1997.

Willi, J. (1975). *Die zweier-beziehung*. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, Reinbek. Traducció castellana: La pareja humana: relación y conflicto. Madrid: Morata, 1993.

Williams, H. (1996-2000). Couvade Syndrome. Men can feel pregnant too. *Canadians Parents Online Inc.,and Canoe*. Consulta 7 maig 2001 a <http://Couvade> Syndrome

Winnicott, D.W. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. (4ª ed). Buenos Aires: Ediciones Hormé S.A.E.

Zelkowitz, P., Millet, T. (1997). Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health Journal*. 18(4):424-435.

Zennaro, A., Lis, A. (1998). La capacita immaginativa delle caratteristiche del bambino e della funzione genitoriale durante la gravidanza. Aspetti descrittivi. *Eta-Evolutiva*. 60: 3-19.

Zwerling, I (1980). Política social y política familiar. A: M. Andolfi, I. Zwerling, (Comps.). *Dimensions of Family Therapy*. New York: The Guildford Press. Traducció castellana: Dimensiones de la Terapia Familiar. (pp.29-38).Barcelona: Editorial Paidós (1985).

ANNEXES

ANNEXE- 1

NOM _____

COGNOM 1 _____ COGNOM 2 _____

DATA NAIXEMENT _____

PROVÍNCIA DE NAIXEMENT _____

PAÍS O ESTAT NATAL _____

PROVÍNCIA DE RESIDÈNCIA ACTUAL _____

PROFESSIÓ/OFCI _____

NIVELL D'ESTUDIS _____

PARES VIUS _____

PARES MORTS _____ CAUSA _____

PARES SEPARATS: ☐ SI- ☐ NO

ANYS QUE FA QUE ES VAN SEPARAR ELS SEUS PARES _____

Nº TOTAL DE GERMANS NASCUTS VIUS _____

Nº TOTAL DE GERMANS VIUS ACTUALMENT _____

ESTAT CIVIL ACTUAL:

☐ Solter ☐ casat (1er matrimoni) ☐ casat(matrimoni consecutiu) ☐ convivència de parella estable
☐ Separat ☐ Divorciat ☐ Vidu ☐ Altres

EDAT D'INICI DEL SEU ESTAT ACTUAL _____

MESOS DE GESTACIÓ DE LA SEVA PARELLA _____

Nº DE FILLS NASCUTS VIUS _____

Nº DE FILLS VIUS ACTUALMENT _____

PERSONES AMB LES QUE CONVIU ACTUALMENT EN EL MATEIX DOMICILI _____

DATA _____

TELÈFON DE CONTACTE _____

QÜESTIONARI TRANSICIÓ PATERNITAT

Aspectes generals relacionats amb l'embaràs

1. Per què van decidir tenir un fill? Assenyali si està o no d'acord amb les següents frases:

	Sí	No
Perquè sempre volia haver estat pare		
Perquè la meua parella va insistir		
Perquè tothom ha de tenir almenys dos fills		
Perquè tant ella com jo estàvem establerts econòmicament i socialment		
Mai m'havia plantejat ser pare		
Sempre m'havia negat a ser pare		
Per sentir-me complert		
Per a continuar la família		
Per fer el que el meu pare no va fer amb mi		
Mai m'ho he plantejat		

Altres (especificar) _____

2. Creu que té la suficient informació respecte a la participació de l'home durant l'embaràs i el part de la seva parella? ☐ Sí ☐ No

3. Com ha obtingut aquesta informació, per escassa que sigui?

- ☐ Lectures ☐ Informació procedent del centre de preparació al part ☐ Informació procedent dels propis pares
- ☐ Amics amb fills ☐ Videos/Xerrades ☐ Altres familiars (germans)
- ☐ Professionals (metges...)
- ☐ Altres (quines) _____

4. Està content amb el/la ginecòleg/a que atén a la seva parella? ☐ Sí ☐ No

Pel que fa al/la ginecòleg/a, li agrada que _____

Pel que fa al/la ginecòleg/a, no li agrada que _____

5. Ha assistit a les ecografies que li practiquen a la seva parella? ☐ Sí ☐ No

En cas negatiu, per què no ha assistit? _____

6. En cas afirmatiu, davant l'ecografia, què ha sentit? (intenti explicar-ho amb tres adjectius que indiquin els seus sentiments o sensacions) _____

7. Del següent llistat, cal que marqui com es va sentir quan va saber que la seva parella estava embarassada, com se sent ara i com li agradaria sentir-se. Assenyali si està o no d'acord amb aquests adjectius.

Com es va sentir			Com se sent ara	
Si	No		Si	No
		Content		
		Tranquil		
		Sorprès		
		Preocupat		
		Ambivalent (contradicció)		
		Orgullós		
		Ansiós (angoixa)		
		Encuriolit		
		Enfadat		
		Culpable		
		Frustrat		
		Amb capacitat d'estimar		
		Estimat		

Si hi ha algun sentiment que no es reflecteixi en aquest llistat, pot especificar-lo a continuació:

-Com es va sentir quan va saber que la seva parella estava embarassada _____

-Com se sent ara _____

8. Com han reaccionat els altres membres de la família davant de l'embaràs de la seva parella? ☐ Positivament ☐ Negativament ☐ Amb indiferència

9. De quina manera li ha afectat la reacció de la seva família? _____

10. S'ha fet una assegurança de vida en aquests darrers temps, a favor de la seva família?

☐ Sí ☐ No

Per què? _____

11. Des de què la seva parella està embarassada, s'ha vist impulsat a fer compres que fins ara no s'hagués atrevit a fer? ☐ Sí ☐ No

Si la seva resposta és afirmativa, a continuació, doni algun exemple _____

Pensa que aquestes compres tenen a veure amb l'embaràs de la seva parella?

☐ Sí ☐ No

Trastorns i alteracions: abans i durant l'embaràs

1. Del següent llistat, assenyali quins trastorns físics patia la SEVA PARELLA abans de l'embaràs i quins són els que pateix actualment.

Abans de l'embaràs			Actualment		
Sí	No		Més	Menys	Igual
		Marejos, vertígen			
		Vòmits, nàusees			
		Problemes digestius			
		Mal d'estómac			
		Estrenyiment			
		Diarrea			
		Úlcera gastrointestinal			
		Hemorroides			
		Llagues a la boca			
		Dolors (musculars, articul·lacions, etc)			
		Desmaís			
		Mals d'esquena			
		Problemes dentals			
		Mals de cap			
		Còlics nefrítics (mal de ronyons)			
		Mal d'ulls			
		Al·lèrgies			
		Febre			
		Mal d'oïda			
		Problemes de pell			
		Canvis en la pell			
		Caiguda del cabell			
		Taquicàrdies			

2. Del següent llistat, indiqui quins trastorns patia la SEVA PARELLA abans de l'embaràs i quins pateix ara.

Abans de l'embaràs			Actualment		
Sí	No		Més	Menys	Igual
		Tics			
		Espantar-se sense motius			
		Irritabilitat			
		Crisis nervioses			
		Quequeix (<i>tartamudez</i>)			
		Peresa			
		Cansament			
		Sensació d'inutil·litat			
		Infelicitat			
		Depressió			
		Ansietat			
		Estrés			

		Comprovacions repetides (tancar portes, buscar claus)			
		Manca de memòria (oblits)			

3. Del següent llistat, indiqui quins hàbits tenia la SEVA PARELLA abans de l'embaràs i quins té ara:

Abans de l'embaràs			Actualment		
Sí	No		Més	Menys	Igual
		Rebutjos específics en el menjar			
		Desitjos especials			
		Insomni			
		Hipersomnia (molta son)			
		Costar-li aixecar-se al matí			
		Anar a dormir molt aviat			
		Anar a dormir molt tard			
		Sortir molt amb les seves amigues			
		Menjar molt			
		Menjar poc			
		Fumar			
		Beure			
		Menjar-se les ungles			
		Tocar-se molt els cabells			

4. Li costa adaptar-se als canvis que l'embaràs produeix a la seva parella? ☐ Sí ☐ No

5. Creu que són normals les molèsties de la seva parella durant l'embaràs? ☐ Sí ☐ No

6. Del següent llistat indiqui quins trastorns patia VOSTÈ abans de l'embaràs i quins pateix ara.

Abans de l'embaràs			Actualment		
Sí	No		Més	Menys	Igual
		Tics			
		Espantar-se sense motius			
		Irritabilitat			
		Crisis nervioses			
		Quequeix (<i>tartamudez</i>)			
		Peresa			
		Cansament			
		Sensació d'inutil·litat			
		Infelicitat			
		Depressió			
		Ansietat			
		Estrés			
		Comprovacions repetides (tancar portes, buscar claus)			
		Manca de memòria (oblits)			

7. Del següent llistat, assenyali quins trastorns físics patia VOSTÈ abans de l'embaràs de la seva parella i quins són els que pateix actualment.

Abans de l'embaràs			Actualment		
Sí	No		Més	Menys	Igual
		Marejos, vertígen			
		Vòmits, nàusees			
		Problemes digestius			
		Mal d'estòmac			
		Estrenyiment			
		Diarrea			
		Úlcera gastrointestinal			
		Hemorroides			
		Llagues a la boca			
		Dolors (musculars, articul·lacions, etc)			
		Desmaís			
		Mals d'esquena			
		Problemes dentals			
		Mals de cap			
		Còlics nefrítics (mal de ronyons)			
		Mal d'ulls			
		Al·lèrgies			
		Febre			
		Mal d'oïda			
		Problemes de pell			
		Canvis en la pell			
		Caiguda del cabell			
		Taquicàrdies			

8. Li ha comentat al seu metge aquests trastorns? ☐ Sí ☐ No

9. Si durant aquest temps ha hagut de patir alguna intervenció quirúrgica, especifiqui-la a continuació _____

10. Del següent llistat, indiqui quins canvis físics està manifestant vostè en aquest temps:

- ☐ S'ha deixat créixer ☐ S'ha engreixat ☐ No ha realitzat cap canvi bigoti/barba
- ☐ S'ha tret bigoti/barba ☐ S'ha aprimat ☐ Canvi d'estil del vestit (més formal o més informal)
- ☐ S'ha canviat l'estil del cabell (més llarg, més curt, posat algun *piercing*) ☐ S'ha fet tatuatges, o s'ha

tenyit...)

☐ Altres (especificar) _____

11. Del següent llistat, indiqui quins hàbits tenia VOSTÈ abans de l'embaràs de la seva parella i quins té ara.

Abans de l'embaràs			Actualment		
Sí	No		Més	Menys	Igual
		Rebutjos específics en el menjar			
		Desitjos especials			
		Insomni			
		Hipersomnia (molta son)			
		Costar-li aixecar-se al matí			
		Anar a dormir molt aviat			
		Anar a dormir molt tard			
		Sortir molt amb les seves amigues			
		Menjar molt			
		Menjar poc			
		Fumar			
		Beure			
		Menjar-se les ungles			
		Tocar-se molt els cabells			

Aspectes relacionats amb la parella

1. Dels següents aspectes que se citen a continuació, assenyali com era la seva relació de parella abans de l'embaràs i com és actualment:

Abans de l'embaràs					Actualment		
No suposava un problema	Tenim problemes però els resolim	Tenim problemes i discutim sovint	Tenim problemes però no en parlàvem		Millor	Pitjor	Igual
				Comunicació			
				Sexualitat			
				Afecte			
				Ajuda			
				Convivència amb la parella			
				Temps per realitzar activitats conjuntes			

Altres (quines) _____

2. Com creu que està ajudant a la seva parella durant l'embaràs?

☐ Escoltant-la ☐ Recolzant-la ☐ Participant més en les feines de casa

☐ Altres (quines) _____

3. Nota que des de què la seva parella està embarassada, no està tant per vostè?

☐ Sí ☐ No

Si la resposta és afirmativa, assenyali els sentiments o sensacions que li desperta aquest fet:

- ☐ Enveja ☐ Exclusió ☐ Sentiments de desplaçament
☐ Gelos ☐ Se'n fa càrrec, ho entén ☐ No creu que alteri la seva relació
☐ Altres (especificar) _____

4. Nota que ha canviat alguna cosa en la seva conducta, deguda a aquests sentiments?

5. De les sensacions que té la seva parella durant l'embaràs, n'hi ha alguna que li agradaria sentir?

☐ Sí ☐ No

Si la seva resposta és afirmativa, expliqui a continuació quina o quines sensacions li agradaria tenir _____

6. Creu que la maternitat canvia significativament la identitat de la seva dona (caràcter, manera de ser, ...)?

☐ Sí ☐ No

Com? _____

7. Creu que el fet de ser pare, canvia significativament la seva identitat com a home (caràcter, manera de ser,...)?

☐ Sí ☐ No

Com? _____

Aspectes relacionats amb el suport i l'ajut familiar i social

1. Assenyali de quina d'aquestes persones darrerament té més necessitat o contacte.

	Parella	Pare	Mare	Altres			
				Altres familiars	Metges	Amics	Veïns
Necessito més suport emocional de...							
Entenc més la conducta de...							
Tinc més contacte amb...							
Tinc una relació més positiva amb...							
Tinc una relació més negativa amb...							

Aspectes relacionats amb la vida social i laboral

1. De les següents afirmacions, assenyali amb quines està d'acord i amb quines no:

	Si	No
Quan hagi nascut el bebè, penso agafar la “baixa paternal”		
Quan hagi nascut el bebè ajudaré a la meva parella a fer les feines de casa		
Quan hagi nascut el bebè la meva vida no canviarà		
La meva parella no necessita cap ajut		
Durant aquest temps, m'he plantejat buscar una altra feina		
Durant aquest temps, m'he plantejat dedicar-me més al propi treball		
Quan neixi el bebè treuré temps de la feina per estar més amb ell/a		
Crec que amb l'arribada del bebè, tindrem problemes econòmics		
A partir de l'embaràs de la meva parella, ens estem plantejant canvis en la vivenda		

Altres(especificar) _____

Aspectes relacionats amb el part

1. De les següents afirmacions, assenyali les que vostè pensa que poden passar en el moment del part:

- ☐ Crec que serà un part normal, sense complicacions
- ☐ Em preocupa que al part hi hagi complicacions. Quines _____
- ☐ En el moment del part penso estar al costat de la meva parella
- ☐ En el moment del part penso ajudar-la a mantenir el control
- ☐ En el moment del part em fa por no ser capaç d'entrar a la sala
- ☐ En el moment del part em fa por desmaiar-me
- ☐ En el moment del part em fa por no ser capaç de respondre correctament a les necessitats de la dona
- ☐ El moment del part no em fa cap por
- ☐ No penso estar present en el moment del part
- ☐ En el moment del naixement penso agafar al meu fill/a
- ☐ En el moment del naixement penso tallar el cordó umbilical
- ☐ Penso gravar-ho tot en vídeo
- ☐ Altres (especificar) _____

Aspectes relacionats amb el bebè

1. Intenti expressar amb tres adjectius com s'imagina que serà el seu bebè _____

2. Somnia amb el seu bebè? ☐ Sí ☐ No

Si la seva resposta és afirmativa, pot descriure els somnis que té del seu bebè? _____

3. Intenti explicar algun somni que hagi tingut en aquests darrers temps i que l'hagi impactat. _____

4. S'imagina que està amb el seu bebè? ☐ Sí ☐ No

Si la seva resposta es afirmativa, pot descriure com s'imagina que està amb el bebè? _____

5. A qui creu que s'assemblarà el seu bebè? _____

Aspectes relacionats amb les representacions del pare

1. De les següents afirmacions assenyali com era el seu pare com a pare.

☐ Afectuós

☐ Tolerant

☐ Insegur

☐ Sobreprotector

☐ Pacient

☐ Autoritari

☐ Entregat

☐ Controlador

☐ Preocupat

☐ Ocupat

☐ Enjogassat

☐ Responsable

☐ Altres (especificar) _____

2. Des de què la seva parella està embarassada, nota que té més records de la seva infantesa? ☐ Sí ☐ No

3. Com creu que serà vostè com a pare? (Intenti explicar-ho amb tres adjectius que defineixin les seves expectatives) _____

EADG

Escala A

1. Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? ☐ Sí ☐ No
2. Ha estado preocupado por algo? ☐ Sí ☐ No
3. Se ha sentido muy irritable? ☐ Sí ☐ No
4. Ha tenido dificultad para relajarse? ☐ Sí ☐ No
- (Continuar si dos o más respuestas son afirmativas)
5. Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? ☐ Sí ☐ No
6. Ha tenido dolores de cabeza o nuca? ☐ Sí ☐ No
7. Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea) ? ☐ Sí ☐ No
8. Ha estado usted preocupado por su salud? ☐ Sí ☐ No
9. Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? ☐ Sí ☐ No

Escala B

1. Se ha sentido con poca energía? ☐ Sí ☐ No
2. Ha perdido el interés por las cosas? ☐ Sí ☐ No
3. Ha perdido la confianza en si mismo? ☐ Sí ☐ No
4. Se ha sentido desesperanzado, sin esperanza? ☐ Sí ☐ No
- (Continuar si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores)
5. Ha tenido dificultades para concentrarse? ☐ Sí ☐ No
6. Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)? ☐ Sí ☐ No
7. Se ha estado despertando demasiado temprano? ☐ Sí ☐ No
8. Se ha sentido enlentecido? ☐ Sí ☐ No
9. Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? ☐ Sí ☐ No

ANNEXE- 2

QÜESTIONARI TRANSICIÓ PATERNITAT (2)

NOM _____

COGNOM 1 _____ COGNOM 2 _____

PARES VIUS _____

PARES MORTS _____ CAUSA _____

PARES SEPARATS: ☐ Sí ☐ No

ANYS QUE FA QUE ES VAN SEPARAR ELS SEUS PARES _____

Nº GERMANS VIUS ACTUALMENT _____

ESTAT CIVIL ACTUAL:

<input type="checkbox"/> Solter	<input type="checkbox"/> casat (1er matrimoni)	<input type="checkbox"/> casat(matrimoni consecutiu)	<input type="checkbox"/> convivència de parella estable
<input type="checkbox"/> Separat	<input type="checkbox"/> Divorciat	<input type="checkbox"/> Vidu	<input type="checkbox"/> Altres

EDAT (EN MESOS) DEL SEU FILL/A _____

PERSONES AMB LES QUE CONVIU ACTUALMENT EN EL MATEIX DOMICILI

DATA _____

QÜESTIONARI TRANSICIÓ PATERNITAT (2)

Aspectes relacionats amb el part

1. Assenyali com va ser el part:

- ☐ Va ser un part normal
☐ Va ser un part amb complicacions (especificar) _____
-

2. Va assistir al part de la seva parella? ☐ Sí ☐ No

2.1. Si la seva resposta és afirmativa:

2.1.1. Perquè hi va assistir?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per sentir-me més unit a la meva parella | <input type="checkbox"/> Perquè ella m'ho va demanar |
| <input type="checkbox"/> Perquè em feia il·lusió | <input type="checkbox"/> Perquè em vaig sentir obligat |
| <input type="checkbox"/> Perquè creia que ella ho volia | <input type="checkbox"/> Altres _____ |

2.1.1. Quins sentiments se li van despertar?

- ☐ Em va meravellar la fortalesa de la meva parella
☐ Em vaig sentir malament, pensant que no podia ajudar a la meva parella
☐ Vaig tenir por de no respondre correctament a les necessitats de la meva parella
☐ Vaig tenir por de desmaiar-me
☐ Vaig pensar que no seria capaç d'entrar a la sala
☐ No vaig tenir cap por
☐ Em vaig sentir desplaçat
☐ Va ser un moment emocionant
☐ No ho oblidaré mai
☐ Després d'aquest part, no penso assistir-ne a cap d'altre
☐ Després d'assistir al part, no penso tenir més fills.
☐ Altres (especificar) _____

2.1.3. Com va participar en el moment del part/naixement?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recolzant a la meva parella | <input type="checkbox"/> Ajudant-la a respirar |
| <input type="checkbox"/> Ajudant-la a mantenir el control | <input type="checkbox"/> Ajudant-la a relaxar-se |
| <input type="checkbox"/> Tallant el cordó umbilical | <input type="checkbox"/> Vaig filmar-ho tot en video |
| <input type="checkbox"/> Vaig agafar al nadó | <input type="checkbox"/> Altres _____ |

2.1.4. Quins sentiments va tenir quan va veure néixer al seu fill/a?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Va ser un moment emocionant | <input type="checkbox"/> Em vaig sentir desplaçat |
| <input type="checkbox"/> Tensió, neguit | <input type="checkbox"/> No vaig sentir res en especial |
| <input type="checkbox"/> És el millor que m'ha passat a la vida | <input type="checkbox"/> Vaig plorar |

☐ Bloquejat

☐ Altres (especificar)_____

2.2 En cas que no hagués assistit al part

2.2.1. Perquè no hi va assistir?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Em feia molta por | <input type="checkbox"/> Jo molestaria als especialistes |
| <input type="checkbox"/> Quan em van avisar, ja havia nascut la criatura | <input type="checkbox"/> No ho vaig creure adient |
| <input type="checkbox"/> No em van deixar assistir-hi | <input type="checkbox"/> Per motius laborals |

Altres (especificar)_____

2.2.2 Què va sentir per no assistir al part-naixement del seu fill/a?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tranquil·litat | <input type="checkbox"/> Em vaig sentir molt malament |
| <input type="checkbox"/> Inquietud/ tensió | <input type="checkbox"/> Em vaig posar molt nerviós |
| <input type="checkbox"/> Indignació | <input type="checkbox"/> Vaig estar content |
| <input type="checkbox"/> Frustració, desilusió | <input type="checkbox"/> Alliberament |
| <input type="checkbox"/> Ràbia | <input type="checkbox"/> Altres (especificar)_____ |

Trastorns i alteracions: anteriors i posteriors al part

1. Del següent llistat, indiqui quins trastorns pateix VOSTÈ actualment:

	Més	Menys	Igual
Tics			
Espantar-se sense motius			
Irritabilitat			
Crisis nervioses			
Quequesa (tartamudeo)			
Peresa			
Cansament			
Sensació d'inutil·litat			
Infelicitat			
Depressió			
Ansietat			
Estrès			
Comprovacions repetides (tancar portes, buscar claus..)			
Manca de memòria (oblits)			

2. Del següent llistat indiqui quins hàbits té VOSTÈ actualment:

		Si	No
Rebujos específics			
Desitjos especials			
Insomni			
Tenir molta son			
Costar-li aixecar-se al matí			
Anar a dormir molt d'hora			

Anar a dormir molt tard			
Sortir molt amb els seus amics			
Menjar molt			
Menjar poc			
Fumar			
Beure			
Anar al gimnàs, natació,...			
Menjar-se les ungles			
Tocar-se molt els cabells			

3. Del següent llistat, assenyali quins trastorns físics té VOSTÈ actualment

	Més	Menys	Igual
Marejos, vertigen			
Vòmits, nàusees			
Problemes digestius			
Mal d'estómac			
Estrenyiment			
Diarrea			
Llagues a la boca			
Úlcera gastrointestinal			
Dolors (musculars, articulacions,...)			
Desmaís			
Mal d'esquena			
Problemes dentals			
Mals de cap			
Còlics nefrítics (mal de ronyons)			
Mal d'ulls			
Al·lèrgies			
Febre			
Mals d'oïda			
Problemes en la pell			
Canvis en la pell			
Caiguda del cabell			
Taquicàrdies			

4. Li ha comentat al seu metge aquests trastorns? ☐ Si ☐ No

5. Si durant aquest temps, ha hagut de patir alguna intervenció quirúrgica, especifiqui quina: _____

6. Assenyali quins canvis físics ha manifestat vostè a partir del naixement del seu fill/a:

- ☐ S'ha tret la barba o bigoti ☐ S'ha engreixat ☐ No ha realitzat cap canvi
☐ S'ha deixat créixer la barba/bigoti ☐ S'ha aprimat ☐ Canvi d'estil del vestit (més formal, informal)
☐ S'ha canviat l'estil del cabell ☐ S'ha fet algun tatuatge, o s'ha posat algun *piercing* (més llarg, més curt,...)
☐ Altres (especificar) _____

Aspectes relacionats amb el bebè

1. Del següent llistat cal que marqui els sentiments o sensacions que té en aquest moment, i els que li desperta el seu fill/a

Com se sent ara			Quins sentiments li desperta el seu fill/a		
	Si	No		Si	No
Content			Alegria		
Tranquil			Tranquil·litat		
Sorprès			Sorpresa		
Preocupat			Preocupació		
Ambivalent			Ambivalència		
Orgullós			Orgull		
Ansiós			Ansietat		
Encuriosit			Curiositat		
Enfadat			Ràbia		
Culpable			Culpabilitat		
Frustrat			Frustració		
Amb capacitat d'estimar			Capacitat d'estimar		
Estimat			Em sento estimat		

Si hi ha altres sentiments que expressin com se sent ara, pot especificar-los a continuació

Si hi ha altres sentiments que li desperti el seu fill/a, especifiqui'ls a continuació _____

2. És el seu fill/a com se l'havia imaginat abans de néixer? _____

3. A qui s'assembla el seu fill/a? _____

Aspectes relacionats amb la parella

1. Dels següents aspectes que se citen a continuació, assenyali com és la seva relació de parella.

	No suposa un problema	Tenim problemes però els resollem	Tenim problemes i discutim sovint	Tenim problemes però no en parlem
Comunicació				
Sexualitat				
Afecte				
Ajuda				

Convivència				
Temps per realitzar activitats conjunes				

Altres (quines) _____

2. Pensa que la seva parella, a partir del naixement del seu fill/a, no està tant per vostè?

☐ Si ☐ No

Quins sentiments li desperta aquest fet?

☐ Sentiments de desplaçament ☐ Exclusió ☐ Enveja
☐ Se'n fa càrrec, ho entén ☐ Gelos ☐ No creu que alteri la relació
☐ Altres (especificar) _____

3. Què nota que ha canviat en la seva conducta, degut a aquests sentiments?

4. De les sensacions que té la seva parella amb el seu fill/a, n'hi ha alguna que li agradaria sentir?

☐ Si ☐ No

Si la seva resposta és afirmativa, expliqui a continuació quina o quines sensacions de les que té la seva parella, li agradaria tenir a vostè _____

5. Creu que el fet de ser mare ha canviat significativament la identitat de la seva dona (caràcter, manera de ser,...)?

☐ Si ☐ No

Com? _____

6. Creu que el fet de ser pare ha canviat significativament la seva identitat com a home (caràcter, manera de ser,...)?

☐ Si ☐ No

Com? _____

Aspectes relacionats amb la vida social i laboral

1. Assenyali les afirmacions amb les que està d'acord:

- ☐ Ajudo a la meua parella fent les feines de casa
- ☐ La meua vida no ha canviat
- ☐ La meua parella no necessita cap ajut
- ☐ Durant aquest temps, m'he plantejat buscar una altra feina
- ☐ He hagut de canviar de feina
- ☐ He tret hores de feina per poder estar més amb el meu fill/a
- ☐ Durant aquest temps, m'he plantejat dedicar-me més al propi treball
- ☐ He vist augmentats els meus problemes econòmics
- ☐ Durant aquest temps, m'he plantejat canvis a la casa
- ☐ Altres _____

Aspectes relacionats amb el suport i ajuda familiar i social

1. Indiqui amb quina o quines d'aquestes afirmacions està d'acord:

- ☐ La família ha reaccionat positivament amb l'arribada del bebè
☐ És un problema el fet de sortir fora amb el nen/a
☐ Ha disminuït el meu temps de lleure i hobbies
☐ M'agrada quedar-me a casa per a poder atendre les necessitats del nen/a
☐ Altres _____

2. Assenyali de quina d'aquestes persones darrerament necessita més contacte o relació:

	Parella	Pare	Mare	Altres			
				Altres familiars	Metge	Amics	Veïns
Necessito més suport emocional de...							
Entenc més la conducta de...							
Tinc més contacte amb...							
Tinc una relació més positiva amb...							
Tinc una relació més negativa amb...							

Aspectes relacionats amb el pare

1. Creu que estava preparat per a ser pare? ☐ Si ☐ No

2. Com aprèn a ser pare?

- ☐ Llegint llibres d'educació
☐ Comentant els dubtes amb els amics
☐ Per assaig-error
☐ Anant a xerrades i conferències
☐ Parlant i demanant ajut a la família
☐ Altres (especificar) _____
- ☐ Fent servir la pròpia lògica
☐ Mirant programes de TV
☐ Parlant amb la parella
☐ Consulta a professionals (metge, psicòleg,...)
☐ Demanant consell als propis pares

3. Creu que des del naixement del seu fill/a:

- ☐ Ha millorat la seva autoestima
☐ És més flexible
☐ No ha notat cap canvi
☐ Se sent més responsable
- ☐ Han millorat les relacions de parella
☐ És més organitzat
☐ Li agraden més les reunions socials
☐ Altres (especificar) _____

4. Des de què és pare, té més records de la seva infància? ☐ Si ☐ No

5. Assenyali quins adjectius el defineixen millor com a pare:

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Afectuós | <input type="checkbox"/> Sobreprotector | <input type="checkbox"/> Entregat | <input type="checkbox"/> Ocupat |
| <input type="checkbox"/> Tolerant | <input type="checkbox"/> Pacient | <input type="checkbox"/> Preocupat | <input type="checkbox"/> Enjogassat |
| <input type="checkbox"/> Insegur | <input type="checkbox"/> Autoritari | <input type="checkbox"/> Controlador | <input type="checkbox"/> Responsable |
| <input type="checkbox"/> Altres (especificar) _____ | | | |

EADG

Escala A

1. Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? ☐ Sí ☐ No
 2. Ha estado preocupado por algo? ☐ Sí ☐ No
 3. Se ha sentido muy irritable? ☐ Sí ☐ No
 4. Ha tenido dificultad para relajarse? ☐ Sí ☐ No
- (Continuar si dos o más respuestas son afirmativas)
5. Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? ☐ Sí ☐ No
 6. Ha tenido dolores de cabeza o nuca? ☐ Sí ☐ No
 7. Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea) ? ☐ Sí ☐ No
 8. Ha estado usted preocupado por su salud? ☐ Sí ☐ No
 9. Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? ☐ Sí ☐ No

Escala B

10. Se ha sentido con poca energia? ☐ Sí ☐ No
 11. Ha perdido el interés por las cosas? ☐ Sí ☐ No
 12. Ha perdido la confianza en si mismo? ☐ Sí ☐ No
 13. Se ha sentido desesperanzado, sin esperanza? ☐ Sí ☐ No
- (Continuar si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores)
14. Ha tenido dificultades para concentrarse? ☐ Sí ☐ No
 15. Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)? ☐ Sí ☐ No
 16. Se ha estado despertando demasiado temprano? ☐ Sí ☐ No
 17. Se ha sentido enlentecido? ☐ Sí ☐ No
 18. Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? ☐ Sí ☐ No

ANNEXE- 3

QÜESTIONARI TRANSICIÓ A LA PATERNITAT (3)

NOM _____

COGNOM 1 _____ COGNOM 2 _____

PARES VIUS _____

PARES MORTS _____ CAUSA _____

PARES SEPARATS: ☐ Sí ☐ No

ANYS QUE FA QUE ES VAN SEPARAR ELS SEUS PARES _____

Nº GERMANS VIUS ACTUALMENT _____

ESTAT CIVIL ACTUAL:

☐ Solter ☐ casat (1er matrimoni) ☐ casat(matrimoni consecutiu) ☐ convivència de parella estable
☐ Separat ☐ Divorciat ☐ Vidu ☐ Altres

EDAT (EN MESOS) DEL SEU FILL/A _____

PERSONES AMB LES QUE CONVIU ACTUALMENT EN EL MATEIX DOMICILI

DATA _____

QÜESTIONARI TRANSICIÓ A LA PATERNITAT (3)

Trastorns i alteracions

1. Del següent llistat, indiqui quins trastorns pateix VOSTÈ actualment:

	Si	No
Tics		
Espantar-se sense motius		
Irritabilitat		
Crisis nervioses		
Quequesa (tartamudeo)		
Peresa		
Cansament		
Sensació d'inutil·litat		
Infelicitat		
Depressió		
Ansietat		
Estrès		
Comprovacions repetides (tancar portes, buscar claus..)		
Manca de memòria (oblits)		

2. Del següent llistat, assenyali quins trastorns físics té VOSTÈ actualment

	Si	No
Marejos, vertigen		
Vòmits, nàusees		
Problemes digestius		
Mal d'estómac		
Estrenyiment		
Diarrea		
Llagues a la boca		
Úlcera gastrointestinal		
Dolors (musculars, articulacions,...)		
Desmaís		
Mal d'esquena		
Problemes dentals		
Mals de cap		

Còlics nefrítics (mal de ronyons)		
Mal d'ulls		
Al·lèrgies		
Febre		
Mals d'oïda		
Problemes en la pell		
Canvis en la pell		
Caiguda del cabell		
Taquicàrdies		

3. Del següent llistat indiqui quins hàbits té VOSTÈ actualment:

	Si	No
Rebujos específics		
Desitjos especials		
Insomni		
Tenir molta son		
Costar-li aixecar-se al matí		
Anar a dormir molt d'hora		
Anar a dormir molt tard		
Sortir molt amb els seus amics		
Menjar molt		
Menjar poc		
Fumar		
Beure		
Anar al gimnàs, natació,...		
Menjar-se les ungles		
Tocar-se molt els cabells		

4. Li ha comentat al seu metge aquests trastorns? ☐ Si ☐ No

5. Si durant aquest temps, ha hagut de patir alguna intervenció quirúrgica, especifiqui quina: _____

6. Assenyali quins canvis físics ha manifestat vostè a partir del naixement del seu fill/a:

- ☐ S'ha tret la barba o bigoti ☐ S'ha engreixat ☐ No ha realitzat cap canvi
☐ S'ha deixat créixer la barba/bigoti ☐ S'ha aprimat ☐ Canvi d'estil del vestit (més formal, informal)
☐ S'ha canviat l'estil del cabell ☐ S'ha fet algun tatuatge, o s'ha posat algun *piercing* (més llarg, més curt,...)
☐ Altres (especificar) _____

Aspectes relacionats amb el bebè

1. Del següent llistat cal que marqui els sentiments o sensacions que té en aquest moment, i els que li desperta el seu fill/a

Com se sent ara			Quins sentiments li desperta el seu fill/a		
	Si	No		Si	No
Content			Alegria		
Tranquil			Tranquil·litat		
Sorprès			Sorpresa		
Preocupat			Preocupació		
Ambivalent			Ambivalència		
Orgullós			Orgull		
Ansiós			Ansietat		
Encuriós			Curiositat		
Enfadat			Ràbia		
Culpable			Culpabilitat		
Frustrat			Frustració		
Amb capacitat d'estimar			Capacitat d'estimar		
Estimat			Em sento estimat		

Si hi ha altres sentiments que expressin com se sent ara, pot especificar-los a continuació

Si hi ha altres sentiments que li desperti el seu fill/a, especifiqui'ls a continuació _____

2. És el seu fill/a com se l'havia imaginat abans de néixer? _____

3. A qui s'assembla el seu fill/a? _____

Aspectes relacionats amb la parella

1. Dels següents aspectes que se citen a continuació, assenyali com és la seva relació de parella.

	No suposa un problema	Tenim problemes però els resollem	Tenim problemes i discutim sovint	Tenim problemes però no en parlem
Comunicació				

Sexualitat				
Afecte				
Ajuda				
Convivència				
Temps per realitzar activitats conjuntes				

Altres (quines) _____

2. Pensa que la seva parella, a partir del naixement del seu fill/a, no està tant per vostè?

☐ Sí ☐ No

Quins sentiments li desperta aquest fet?

☐ Sentiments de desplaçament ☐ Exclusió ☐ Enveja
☐ Se'n fa càrrec, ho entén ☐ Gelos ☐ No creu que alteri la relació
☐ Altres (especificar) _____

3. Què nota que ha canviat en la seva conducta, degut a aquests sentiments?

4. De les sensacions que té la seva parella amb el seu fill/a, n'hi ha alguna que li agradaria sentir?

☐ Sí ☐ No

Si la seva resposta és afirmativa, expliqui a continuació quina o quines sensacions de les que té la seva parella, li agradaria tenir a vostè _____

5. Creu que el fet de ser mare ha canviat significativament la identitat de la seva dona (caràcter, manera de ser,...)?

☐ Sí ☐ No

Com? _____

6. Creu que el fet de ser pare ha canviat significativament la seva identitat com a home (caràcter, manera de ser,...)?

☐ Sí ☐ No

Com? _____

Aspectes relacionats amb la vida social i laboral

1. Assenyali les afirmacions amb les que està d'acord:

- ☐ Ajudo a la meua parella fent les feines de casa
- ☐ La meua vida no ha canviat
- ☐ La meua parella no necessita cap ajut
- ☐ Durant aquest temps, m'he plantejat buscar una altra feina
- ☐ He hagut de canviar de feina
- ☐ He tret hores de feina per poder estar més amb el meu fill/a

- ☐ Durant aquest temps, m'he plantejat dedicar-me més al propi treball
☐ He vist augmentats els meus problemes econòmics
☐ Durant aquest temps, m'he plantejat canvis a la casa
☐ Altres _____

Aspectes relacionats amb el recolzament i ajuda familiar i social

1. Indiqui amb quina o quines d'aquestes afirmacions està d'acord:

- ☐ La família ens ajuda amb la cura del nen/a
☐ És un problema el fet de sortir fora amb el nen/a
☐ Ha disminuït el meu temps de lleure i hobbies
☐ M'agrada quedar-me a casa per a poder atendre les necessitats del nen/a
☐ Altres _____

2. Assenyali de quina d'aquestes persones darrerament necessita més contacte o relació:

	Parella	Pare	Mare	Altres			
				Altres familiars	Metge	Amics	Veïns
Necessito més suport emocional de...							
Entenc més la conducta de...							
Tinc més contacte amb...							
Tinc una relació més positiva amb...							
Tinc una relació més negativa amb...							

Aspectes relacionats amb el pare

1. Creu que estava preparat per a ser pare? ☐ Si ☐ No

2. Com s'aprèn a ser pare?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Llegint llibres d'educació | <input type="checkbox"/> Fent servir la pròpia lògica |
| <input type="checkbox"/> Comentant els dubtes amb els amics | <input type="checkbox"/> Mirant programes de TV |
| <input type="checkbox"/> Per assaig-error | <input type="checkbox"/> Parlant amb la parella |
| <input type="checkbox"/> Anant a xerrades i conferències | <input type="checkbox"/> Consulta a professionals (metge, psicòleg,...) |
| <input type="checkbox"/> Parlant i demanant ajut a la família | <input type="checkbox"/> Demanant consell als propis pares |
| <input type="checkbox"/> Altres (especificar) _____ | |

3. Creu que des del naixement del seu fill/a:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ha millorat la seva autoestima | <input type="checkbox"/> Han millorat les relacions de parella |
| <input type="checkbox"/> És més flexible | <input type="checkbox"/> És més organitzat |
| <input type="checkbox"/> No ha notat cap canvi | <input type="checkbox"/> Li agraden més les reunions socials |

☐ Se sent més responsable

☐ Altres (especificar) _____

4. Des de què és pare, té més records de la seva infància? ☐ Si ☐ No

5. Assenyali quins adjectius el defineixen millor com a pare:

☐ Afectuós

☐ Sobreprotector

☐ Entregat

☐ Ocupat

☐ Tolerant

☐ Pacient

☐ Preocupat

☐ Enjogassat

☐ Insegur

☐ Autoritari

☐ Controlador

☐ Responsable

☐ Altres (especificar) _____

6. És el pare que li agradaria ser? ☐ Si ☐ No

7. Perquè? _____

8. Pensa tenir un altre fill/a? ☐ Si ☐ No ☐ No ho sé

Perquè?

☐ M'ha agradat l'experiència

☐ A la meua dona li fa il·lusió

☐ Tothom ha de tenir al menys dos fills

☐ No m'ha agradat l'experiència

☐ Problemes econòmics

☐ M'he sentit complert

☐ Altres _____

9. L'experiència de ser pare, és com vostè se l'havia imaginat? ☐ Si ☐ No

Perquè? _____

EADG

Escala A

1. Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? ☐ Sí ☐ No
2. Ha estado preocupado por algo? ☐ Sí ☐ No
3. Se ha sentido muy irritable? ☐ Sí ☐ No
4. Ha tenido dificultad para relajarse? ☐ Sí ☐ No
- (Continuar si dos o más respuestas son afirmativas)
5. Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? ☐ Sí ☐ No
6. Ha tenido dolores de cabeza o nuca? ☐ Sí ☐ No
7. Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea) ? ☐ Sí ☐ No
8. Ha estado usted preocupado por su salud? ☐ Sí ☐ No
9. Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? ☐ Sí ☐ No

Escala B

19. Se ha sentido con poca energía? ☐ Sí ☐ No
20. Ha perdido el interés por las cosas? ☐ Sí ☐ No
21. Ha perdido la confianza en si mismo? ☐ Sí ☐ No
22. Se ha sentido desesperanzado, sin esperanza? ☐ Sí ☐ No
- (Continuar si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores)
23. Ha tenido dificultades para concentrarse? ☐ Sí ☐ No
24. Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)? ☐ Sí ☐ No
25. Se ha estado despertando demasiado temprano? ☐ Sí ☐ No
26. Se ha sentido enlentecido? ☐ Sí ☐ No
27. Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? ☐ Sí ☐ No

